

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Tais pais, tais filhos: Caracterização do peso e comportamento alimentar das  
crianças e sua associação com o peso dos pais**

Dissertação de Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde  
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do  
Porto, pela aluna Idalina João Ribeiro Maia Moreira, sob orientação da Professora  
Doutora Sandra Torres.

**PORTO - 2011**

## Resumo

Ao longo das últimas décadas a obesidade tem assumido proporções alarmantes, atingindo a população adulta e infantil. Uma das áreas que mais tem contribuído para a explicação das principais causas desta doença é o comportamento alimentar infantil. O estudo do padrão alimentar das crianças permite compreender as origens da alimentação adulta, e averiguar os principais factores condicionantes das escolhas alimentares. A família define-se como a maior fonte de influência nas trajectórias de peso e hábitos alimentares infantis.

Atendendo à escassez de estudos realizados em Portugal neste domínio e, especificamente, com crianças em idade escolar e pré-escolar o objectivo geral desta investigação consistiu em analisar as relações existentes entre o peso dos pais e o peso dos filhos. A um nível específico, visou-se: a) analisar o índice de massa corporal (IMC) dos pais e dos filhos, definindo a prevalência do excesso de peso e da obesidade em ambas as amostras; b) estabelecer um paralelismo entre o IMC dos pais e o dos filhos; c) analisar o padrão alimentar das crianças; d) analisar a prevalência de casos em risco de uma perturbação do comportamento alimentar (PCA) nas mães da amostra.

Neste estudo participaram 560 crianças (e respectivos pais) com idades compreendidas entre os 35 e os 93 meses. O IMC dos pais foi obtido através de auto-relato. Quanto às crianças, o seu peso e altura foram medidos através dos métodos antropométricos normais. Para a avaliação do padrão alimentar infantil foi utilizada o Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), e para a avaliação do risco de PCA nas mães foi utilizado o SCOFF.

A prevalência conjunta de excesso de peso e obesidade foi de 30,7% nas crianças, 42,7% nas mães e 58,1% nos pais. Observou-se uma tendência para progenitores com excesso de peso terem filhos obesos. As crianças obesas revelaram uma maior aproximação à comida, e menor evitamento de alimentos do que as restantes crianças da amostra. Entre as mães, 16,3% revelaram ter comportamentos que as colocam em risco de uma PCA, tendo a maioria delas peso normal. Os resultados encontrados reforçam a necessidade de se agir preventivamente junto dos pais e crianças com padrão familiar de obesidade e excesso de peso.

## Abstract

Over the past decades, obesity has assumed alarming proportions, reaching the adult and child population. One of the areas that has most contributed to the explanation of the main causes of this disease is the children's eating behavior. The study of the eating pattern of children allows us to understand the origins of adult feeding, and to explore the main factors that constrain the food choices. The family is defined as the greatest source of influence on the trajectories of weight and eating habits in infants.

Given the paucity of studies in this field in Portugal, and specifically with school-age children and preschoolers, the overall objective of this research was examining the relationship between the weight of the parents and children. At a specific level, aimed to: a) analyze the body mass index (BMI) of parents and children, defining the prevalence of overweight and obesity in both samples, b) draw a parallel between the BMI of the parents and children, c) analyze the eating patterns of children; d) analyze the prevalence of cases at risk for an eating disorder (ED) in the mothers of the sample.

The sample of this study was constituted for 560 children (and parents), between 35 and 93 months of age. The BMI of the parents was obtained through self-report. For children, their weight and height were measured using standard anthropometric methods. To evaluate the eating pattern of infants was used the Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), and to assess the risk of an ED was used SCOFF in the mothers.

The combined prevalence of overweight and obesity was 30.7% in children, 42.7% in mothers and 58.1% in fathers. There was a tendency for overweight parents have obese children. Obese children showed a higher approach to food, and lower food avoidance than the other children in the sample. Among mothers, 16.3% were found to have behaviors that put them at risk of an ED, most of them having normal weight. The results reinforce the need to take preventive action among parents and children with a familiar pattern of obesity and overweight.

## Résumé

Au cours des dernières décennies, l'obésité a pris des proportions alarmantes, atteignant l'adulte et l'enfant. Un domaine qui a le plus contribué à l'explication des principales causes de cette maladie est le comportement alimentaire des enfants. L'étude du modèle alimentaire des enfants nous permet de comprendre les origines de l'alimentation des adultes, et de déterminer les principaux facteurs qui conditionnent les choix alimentaires. La famille est définie comme la plus grande source d'influence sur les trajectoires de poids des nourrissons et des habitudes alimentaires des enfants.

Compte tenu de la rareté des études dans ce domaine au Portugal, et plus particulièrement avec des enfants en âge scolaire et préscolaire, l'objectif général de cette recherche a été d'examiner la relation entre le poids des enfants et le poids des parents de l'enfant. Plus spécifiquement, on a visé à: a) analyser l'indice de masse corporelle (IMC) des parents et des enfants, la définition de la prévalence de surpoids et d'obésité dans les deux échantillons, b) établir un parallèle entre l'IMC des parents et des enfants, c) analyser les habitudes alimentaires des enfants; d) analyser la prévalence des patients à risque d'une trouble de l'alimentation (TA) des mères de l'échantillon.

Ont participé dans cette étude 560 enfants (et respectif parents) âgés entre 35 et 93 mois. L'IMC des parents a été obtenu grâce à l'auto-rapport. Pour les enfants, leur poids et leur taille ont été mesurés en utilisant des méthodes anthropométriques. Afin d'évaluer le modèle de l'alimentation du nourrisson, on a été utilisé le questionnaire le Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), et pour évaluer le risque de TA, on a été utilisé chez les mères le SCOFF.

La prévalence combinée de surpoids et d'obésité a été de 30,7% chez les enfants, 42,7% chez les mères et 58,1% chez les pères. On a observé une tendance des parents avec surpoids à avoir des enfants obèses. Les enfants obèses ont montré une plus grande proximité aux aliments, et un évitement inférieur aux aliments comparativement aux autres enfants dans l'échantillon. Parmi les mères, 16,3% ont révélé avoir des comportements qui les exposent au risque d'un TA, ayant la plupart d'entre elles un poids normal. Les résultats renforcent le besoin de prendre des mesures préventives chez les parents et les enfants qui ont un modèle familiale d'obésité et de surpoids.

## **Agradecimentos**

A construção de uma tese é um trabalho de descoberta, pleno de desafios, que nos leva a conhecer novas capacidades e a testar a resistência individual. A todos aqueles que ajudaram a levar a bom termo este trabalho, fica o agradecimento profundo.

Em primeiro lugar à minha orientadora, Prof. Doutora Sandra Torres, pela disponibilidade, apoio e pragmatismo que em muito contribuíram para a concretização deste trabalho.

À Prof. Doutora Susana Vale da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto por ter disponibilizado a amostra e pela disponibilidade em prestar esclarecimentos.

À minha família, porque sem eles nunca teria chegado até aqui.

Ao Telmo, pela paciência e carinho e por ser um companheiro fiel nos momentos bons e maus da minha vida.

E por fim, mas não menos importante, às minhas amigas do coração que estão sempre presentes e prontas para animar até mesmo os dias mais cinzentos. E em especial à Sílvia pela boa amiga que sempre foi e por todo o apoio no desenvolvimento deste trabalho.

## **Abreviaturas**

<b>AN</b>	Anorexia Nervosa
<b>BED</b>	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (tradução do termo <i>Binge Eating Disorder</i> )
<b>BN</b>	Bulimia Nervosa
<b>CEBQ</b>	<i>Children's Eating Behavior Questionnaire</i>
<b>DSM-IV</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
<b>EDNOS</b>	Perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (tradução do termo <i>Eating Disorder Not Otherwise Specified</i> )
<b>IMC</b>	Índice de massa corporal
<b>PCA</b>	Perturbação do Comportamento Alimentar

## **Índice Geral**

II	<b>Resumo</b>
III	<b>Abstract</b>
IV	<b>Résumé</b>
V	<b>Índice de Abreviaturas</b>
1	<b>Índice Geral</b>
3	<b>Índice de Quadros</b>
4	<b>Introdução</b>
5	<b>Capítulo I – Fundamentação Teórica</b>
5	1. Perturbações do Comportamento alimentar e Obesidade
5	1.1. Perturbações do comportamento alimentar nos adultos
8	1.2. Perturbações do comportamento alimentar na infância
10	1.3. Obesidade
14	2. Comportamento alimentar e influência parental
24	<b>Capítulo II – Estudo Empírico</b>
24	1. Objectivos
24	2. Método
24	2.1. Participantes
25	2.2 Material
25	2.2.1. CEBQ
26	2.2.2. SCOFF
27	3. Procedimento
28	4. Procedimento de análise de dados
29	<b>Capítulo III – Resultados</b>
29	1. Análise descritiva e comparativa do IMC das crianças e dos pais

31	2. Relação entre as diferentes do CEBQ
32	3. Efeito do peso das crianças na variação do CEBQ
34	4. Despiste de possíveis casos de PCA nas mães e sua relação com o seu IMC
36	<b>Capítulo IV – Discussão</b>
36	1. Análise descritiva e comparativa do IMC das crianças e dos pais
38	2. Relação entre as diferentes do CEBQ
39	3. Efeito do peso das crianças na variação do CEBQ
40	4. Despiste de possíveis casos de PCA nas mães e sua relação com o seu IMC
43	<b>Conclusão</b>
45	<b>Referências</b>



## Índice de Quadros

**Tabela 1** – Medidas descritivas da amostra.

**Tabela 2** – Dados de prevalência de baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade da amostra.

**Tabela 3** – Percentagens resultantes do cruzamento do IMC por categorias de crianças, mães e pais.

**Tabela 4** – Correlações entre as subescalas do CEBQ.

**Tabela 5** – Resultados em cada subescala do CEBQ por grupo de IMC nas crianças.

**Tabela 6** - Comparações *post-hoc* entre os grupos normal e baixo peso, excesso de peso e obesidade.

**Tabela 7** – Distribuição dos casos de mães “Sem risco de PCA” e “Em risco de PCA” pelas diferentes categorias de peso.

## **Introdução**

Actualmente, o comportamento alimentar ocupa um papel central na prevenção e tratamento de doenças. É um dado adquirido que os comportamentos e os hábitos do indivíduo são determinantes na promoção e defesa da própria saúde. Nesse sentido, uma alimentação inadequada está associada a uma maior vulnerabilidade para contrair certo tipo de doenças, nomeadamente do foro alimentar como as perturbações do comportamento alimentar (PCA) e a obesidade (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Como tal, para se intervir nestas patologias torna-se fundamental compreender os principais factores que condicionam o modo como gerimos a alimentação (Silva, Pais-ribeiro & Cardoso, 2008).

Neste âmbito a alimentação infantil adquire especial relevo, uma vez que os hábitos alimentares formados nos primeiros anos de vida tendem a persistir na idade adulta. Uma dieta pouco saudável na infância tem implicações para a saúde ao longo da vida (Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007). Porque os hábitos de saúde das crianças se desenvolvem no contexto familiar e são altamente dependentes das acções e atitudes dos pais em relação à alimentação, o ambiente familiar pode ter efeitos duradouros sobre as trajectórias de peso das crianças (Arredondo et al., 2006). Actualmente, considera-se que a influência exercida pelos progenitores não se limita à transmissão genética, fazendo-se sentir em vários outros aspectos do estilo alimentar das crianças, nomeadamente o padrão alimentar, crenças, atitudes e valores relacionados com a alimentação e controlo de peso.

Com o presente estudo pretende-se clarificar a relação existente entre o peso dos pais e dos filhos, em idade precoce. Este trabalho orienta-se para a idade escolar e pré-escolar, como complemento à grande maioria dos estudos centrados em populações de adultos e jovens adultos. Inicia-se a explanação do trabalho desenvolvido com uma revisão teórica dos principais estudos levados a cabo na área da alimentação, de modo a fundamentar e enquadrar teoricamente os objectivos de investigação postulados. Segue-se uma descrição do método utilizado no estudo empírico, nomeadamente a descrição dos participantes, do material e dos procedimentos adoptados. Após a descrição dos principais resultados obtidos, apresenta-se uma discussão acerca dos mesmos onde se analisam as suas principais implicações práticas. Por fim, apresentam-se as principais conclusões retiradas de todo este trabalho.

Capítulo I

## **Fundamentação Teórica**

## Capítulo I – Fundamentação Teórica

Neste primeiro capítulo foi desenvolvida uma revisão bibliográfica que aborda as principais características do comportamento alimentar, principais factores de influência e modo de desenvolvimento, dando principal destaque à influência da alimentação e práticas parentais no padrão alimentar das crianças. Engloba também uma breve referência às PCA, nomeadamente a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação de ingestão alimentar compulsiva (tradução do termo *binge eating disorder*; BED), bem como à obesidade.

### 1. Perturbações do comportamento alimentar e obesidade

#### 1.1 – Perturbações do Comportamento Alimentar nos adultos

As PCA são doenças complexas e multidimensionais, que reflectem a confluência entre determinantes psicológicos, biológicos e factores socioculturais. Caracterizam-se por uma preocupação mórbida com o peso e imagem corporal como principal fonte de auto-estima, e manifestam-se por comportamentos alimentares patológicos, com consequências sérias na qualidade de vida dos doentes (Bouça & Sampaio, 2002).

As PCA mais frequentemente mencionadas e estudadas, e que constam do DSM-IV-TR, são a AN e BN. A AN é caracterizada pela “recusa em manter um peso corporal normal mínimo” (APA, 2000/2002, p583). Por sua vez, a BN é caracterizada por “episódios repetidos de voracidade alimentar, seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, tais como vômito auto-induzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou exercício físico excessivo” (APA, 2000/2002, p583). Outro critério essencial que caracteriza a AN e a BN, é a insatisfação vivida em relação ao peso e às dimensões corporais. No manual de diagnóstico consta ainda uma categoria de “Perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação” (EDNOS; tradução do termo *Eating Disorder Not Otherwise Specified*) para codificar perturbações que não preencham os critérios para uma PCA específica.

Na AN é característica uma restrição alimentar progressiva que pode levar à desnutrição, associada a um medo intenso de ganhar peso e uma significativa perturbação do tamanho e formas corporais. Neste tipo de doença, nas mulheres que já

iniciaram a menarca, ocorre a amenorreia, e o índice de massa corporal (IMC) tende a ser igual ou inferior a  $17,5\text{Kg/m}^2$ . Importa ainda salientar os dois tipos existentes de AN, o tipo restritivo, no qual a perda de peso é obtida através da dieta, jejum ou exercício físico, e o tipo ingestão alimentar compulsiva/purgativo, no qual a pessoa possui crises bulímicas regulares ou purgativas (ou ambas) (APA, 2000/2002; Bouça & Sampaio, 2002).

Na BN o peso pode sofrer ligeiras oscilações mas, de um modo geral, mantém-se no valor normal para a idade e altura sendo que, normalmente, as manobras purgativas e/ou compensatórias depois de uma ingestão alimentar excessiva se iniciam após uma dieta para perder peso. Também na BN existem dois tipos a referir, o tipo purgativo, caracterizado por quadros clínicos nos quais a pessoa regularmente vomita ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas, e não purgativo, caracterizado por quadros clínicos nos quais a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, como o jejum ou o exercício físico excessivo (APA, 2000/2002).

A prevalência deste tipo de perturbações é relativamente baixa. Na AN atinge cerca de 0,3% das mulheres jovens, enquanto que na BN afecta aproximadamente 1% das mulheres jovens. No sexo masculino as PCA têm uma representatividade muito pequena. Relativamente à incidência, para a AN é de 8 casos para 100,000 da população por ano, enquanto para a BN é de 12 casos por 100,000 da população por ano (Hoek & van Hoeken, 2003).

As PCA têm uma etiologia multifactorial, ou seja, são determinadas por uma diversidade de factores que interagem entre si de modo complexo. Embora a definição precisa de factores etiológicos se mantenha controversa, classicamente, distinguem-se três fases, nas quais interferem diferentes factores: fase de vulnerabilidade, fase precipitante e fase de manutenção (Sampaio, Bouça, Carmo & Jorge, 1998).

Ao nível da vulnerabilidade actuam factores predisponentes que aumentam a possibilidade de aparecimento de uma PCA, mas não a tornam inevitável. Salientam-se os factores individuais, somáticos, socioculturais e familiares (interacções familiares e predisposições genéticas) (Morgana, Vecchiattia & Negrão, 2002). Traços como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão são comuns em indivíduos com AN e permanecem estáveis mesmo após a recuperação do peso. Por outro lado, as características comuns de personalidade na BN são a impulsividade, instabilidade afectiva e adopção de comportamentos de risco, traços que são consistentes com o descontrolo e a purgação. Alguns estudos têm sugerido que a baixa auto-estima ou auto-

avaliação negativa são factores de risco importantes tanto para a AN quanto para a BN (Morgana et al., 2002).

Existem ainda alguns estudos que verificaram que a AN e a BN possuem uma forte componente familiar e elevadas taxas de patologia alimentar entre familiares mais próximos bem como, incidência elevada de doenças do humor, abuso de substâncias e perturbação da personalidade e ansiedade nesses elementos (Bouça & Sampaio, 2002).

Relativamente à fase precipitante, actuam factores que impulsionam o aparecimento de sintomas, como agentes familiares, socioculturais, como é exemplo o padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social, acontecimentos de vida, desorganização familiar ou uma ameaça à integridade física (doença ou abuso sexual e físico), e a dieta. Salienta-se que esta última, isoladamente, não é suficiente para precipitar uma PCA, necessita de interagir com os factores de risco já referidos para conduzir a uma perturbação (Morgana et al., 2002).

Finalmente, a fase de manutenção engloba todos os factores que determinam se a perturbação vai ser perpetuada ou não, como são exemplo os efeitos da privação alimentar que, mantendo-se, tornam a doença estável (Sampaio et al., 1998).

O comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de uma grande quantidade de comida num período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controlo sobre o que ou o quanto se come, é denominado de ingestão alimentar compulsiva (do inglês *binge eating*) (Freitas, Lopes, Coutinho, & Appolinario, 2001). Entre as evidências que demonstram falta de controlo sobre a alimentação incluem-se comer muito rápido, comer até se sentir desagradavelmente cheio, ingestão de grandes quantidades de comida na ausência de fome e sentir-se desgostoso, culpado ou deprimido depois de um episódio de compulsão alimentar.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), quando estes episódios ocorrem de forma recorrente, e provocam um mal-estar clinicamente significativo que inclui insatisfação durante e após cada episódio e preocupação sobre os efeitos a longo prazo que tais ingestões compulsivas podem ter sobre o peso e imagem corporal, poder-se-á afirmar que se trata de uma BED. Embora o sujeito possa, ocasionalmente, executar estratégias compensatórias, estas não constituem uma prática habitual para deter os efeitos das ingestões compulsivas. Actualmente, os indivíduos que preenchem estes critérios de investigação recebem o diagnóstico de EDNOS, uma vez que a BED,

constitui ainda uma proposta de categoria diagnóstica que necessita de estudo (APA, 2000/2002).

A prevalência da BED na comunidade é baixa (entre 1.2% e 2%), se se considerarem os critérios de diagnóstico propostos, contudo, a ocorrência de episódios de compulsão alimentar constitui uma condição algo frequente (entre 12% e 19%). Episódios de ingestão compulsiva e BED podem ocorrer na população em geral, contudo, são mais comuns em indivíduos obesos e têm vindo a ser associados com a severidade da obesidade (Siqueira, Appolinario, & Sichieri, 2004).

Não há certezas quanto às possíveis causas da BED. Contudo vários estudos têm sugerido associações entre esta perturbação e a depressão, dietas pouco saudáveis, labilidade emocional, comportamentos aditivos, impulsividade, falta de competências de comunicação e sociabilidade e a utilização da comida como estratégia de regulação de emoções, denominada de sobre-ingestão emocional. Outras pesquisas sugerem que os genes podem estar envolvidos na BED, uma vez que a perturbação ocorre com frequência em vários membros da mesma família. No entanto é de salvaguardar que este tipo de pesquisa ainda se encontra a dar os primeiros passos (APA, 2000/2002; National Institutes of Health, 2008). Também a ansiedade e perfeccionismo combinado com um sentimento de ineficácia têm vindo a ser referidos como preditores de episódios de compulsão alimentar (Costanzo, Musante, Friedman, Kern, & Tomlinson, 1998).

### *1.2 – Perturbações do comportamento alimentar na infância*

É no decorrer dos primeiros meses e anos de vida da criança que se inicia o processo de experimentação de novos alimentos e diferentes paladares e texturas. Ao longo deste período surgem frequentemente perturbações comportamentais da esfera alimentar na criança, com repercussões que vão de leves a muito graves (Viana, Lopes dos Santos & Guimarães, 2008). Uma alimentação normal e adequada à idade depende do sucesso da integração de várias funções físicas e relações interpessoais durante o desenvolvimento. Uma disfunção numa das áreas referidas, bem como uma má resolução de uma etapa de desenvolvimento, podem resultar num problema de alimentação. Os problemas de comportamento alimentar na infância mais comuns incluem: um atraso ou ausência de desenvolvimento de competências alimentares; dificuldade em gerir ou tolerar fluidos e/ou alimentos; relutância ou recusa em comer baseada no paladar, na textura e em outros factores sensoriais; falta de apetite e de

interesse na comida; e a utilização de alimentos como fonte de conforto, auto-relaxamento ou auto-estimulação (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe, & Walsh, 2010).

Além dos problemas referidos é possível encontrar no DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), na categoria de “Perturbações da alimentação e do comportamento alimentar da primeira infância ou do início da segunda infância”, três tipos de perturbações. A Pica, cuja característica principal é a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, o Mericismo, caracterizado pela regurgitação e mastigação repetidas, e a Perturbação da alimentação da primeira infância ou do início da segunda infância, descrita como uma dificuldade persistente para se alimentar adequadamente. Cada uma das perturbações têm ainda associados critérios de diagnóstico como, a persistência do comportamento (pelo menos 1 mês), não estar relacionada com uma condição médica ou outra perturbação mental, e o seu início ser anterior aos 6 anos de idade.

Estima-se que aproximadamente 25% a 35% das crianças sejam referenciadas como experienciando algum tipo de problema de alimentação ao longo da infância, salientando-se que cerca de 45% destas crianças possuem um desenvolvimento normal (Linscheid, Budd, & Rasnake, 1995).

Os problemas de alimentação na infância são relativamente comuns, e podem ser resultado da influência e interacção entre diversos factores. Embora factores inerentes à criança como o temperamento, condições orgânicas, anormalidades estruturais ou disfagia e síndromes ou problemas de desenvolvimento, tenham vindo a ser relacionados com a patogénese das perturbações alimentares, factores alimentares e parentais podem também interagir para precipitar e manter os problemas. Pesquisas focadas na influência da mãe/cuidador, constataram que as mães de crianças com perturbações alimentares são mais imprevisíveis, coercivas, controladoras, insensíveis, intrusivas e sobre-estimuladoras. Verificando também que essas mães tendem a ser menos flexíveis, compreensivas e afectuosas. Nos momentos de refeição tendem a utilizar mais punições físicas ou a alimentação forçada, têm dificuldade em compreender os sinais da criança, e mostram mais raiva e hostilidade durante as interacções com as suas crianças (Bryant-Waugh et al., 2010; Lindberg, Bohlin, Hagekull & Palmerus, 1996).

Num estudo desenvolvido por Whelan e Cooper (2000) verificou-se uma forte associação entre os problemas de alimentação das crianças e a presença de PCA nas mães. Os autores dividiram as crianças participantes do estudo em três grupos, o grupo de crianças com problemas de alimentação, o grupo de crianças com outro tipo de



problemas (comportamentais e emocionais) e o grupo de controlo composto por crianças com um desenvolvimento normal. Constataram que 10,3% das mães do grupo com problemas de alimentação preenchiem, no momento da avaliação, todos os critérios de diagnóstico para uma PCA (AN, BN ou EDNOS), comparativamente com 0% das mães do grupo de controlo e 1,5% das mães do grupo com outro tipo de problemas. Contudo, os resultados tornaram-se ainda mais expressivos quando os autores analisaram a presença de PCA nas mães em algum momento da sua vida, verificando que 31% das mães do grupo com problemas de alimentação já tinham vivenciado uma PCA, enquanto a prevalência nos restantes grupos foi inferior a 5%. Ainda no mesmo estudo, foi avaliada a prevalência de crianças em cada um dos grupos que esteve, em algum momento, exposta à PCA das mães, verificando que 23,8% das crianças com problemas de alimentação, 2,5% das crianças com outro tipo de problema e 0% das crianças do grupo de controlo, conviveram com a presença de uma PCA nas suas mães, em algum momento das suas vidas.

Em concordância com os dados destas investigações, Davies et al. (2006), defenderam que uma PCA deve ser definida como um distúrbio relacional, com origens no processo de relação entre pais e crianças. Estes autores chegaram mesmo a propor novos critérios de diagnóstico para uma “Perturbação alimentar entre pais e criança” (*Feeding Disorder Between Parent and Child*).

Em resumo, algumas das características da relação entre criança e cuidador podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de uma PCA. São exemplo de características relacionais, as rotinas e atitudes demasiado rígidas em relação ao crescimento e alimentação da criança, baixo conhecimento nutricional (falta de informação acerca dos alimentos mais adequados), limitações na capacidade de resolver problemas e incapacidade para proporcionar um contexto alimentar apropriado (Bryant-Waugh et al., 2010).

### *1.3 – Obesidade nos adultos e nas crianças*

A obesidade simples está incluída na Classificação Internacional de Doenças (ICD) como estado físico geral, mas não integra o DSM-IV, na medida em que não foi ainda estabelecido que esteja seguramente associada com uma síndrome comportamental ou psicológica (APA, 2000/2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como “uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde”. A sua prevalência, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a “epidemia global do século XXI”, tornando-se assim num dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. (Direcção Geral de Saúde, 2005, p.2).

É uma doença crónica, incapacitante, associada a morbilidade e mortalidade consideráveis com enorme prevalência nos países desenvolvidos (Direcção Geral de Saúde, 2005, p.2). De acordo com a OMS, a prevalência de obesidade infantil tem crescido entre 10 a 40% na maioria dos países europeus nos últimos 10 anos. Sendo que, ocorre mais frequentemente no primeiro ano de vida, entre os 5 e os 6 anos e na adolescência (Mello et al, 2004).

Segundo os critérios postulados pela Internacional Obesity Task Force (IOTF), as taxas de excesso de peso e obesidade na infância são actualmente estimadas entre 10% e 20% no Norte da Europa, e entre 20% e 40% nos países Mediterrânicos do Sul da Europa (Viana, Sinde & Saxton, 2008). Relativamente ao território nacional, os números assemelham-se aos do continente europeu. Num estudo realizado por Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado, (2004), foi encontrada uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 31,6% nas crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos. De acordo com um estudo realizado por Carmo et al. (2006) verificou-se uma prevalência de 31.5% de excesso de peso e obesidade entre as crianças portuguesas (sendo que destes 31.5%, 11.3% foram classificados como obesos). Este estudo possibilitou ainda constatar que mais de metade da população adulta e mais de 30% das crianças entre os 7 e os 9 anos de idade não possuem um peso saudável. Os dados de um estudo mais recente desenvolvido por Vale et al. (2011) com crianças em idade pré-escolar, demonstram a mesma tendência de investigações anteriores, verificando uma prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil portuguesa de 33,1%. Mais alarmante que os valores referidos, é o facto de se verificar um aumento da obesidade e do excesso de peso ao longo do tempo. (Balaban & Silva, 2004).

O factor que mais preocupação causa na obesidade infantil é o risco aumentado de comorbilidades que essas crianças possuem. Entram na vida adulta com um risco aumentado de obesidade adulta de até 17 vezes e, conseqüentemente, a obesidade na idade adulta traz um acréscimo da probabilidade de doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro e uma série de outras patologias incluindo problemas psiquiátricos.

Mesmo se uma subsequente perda de peso é atingida e mantida, há evidências de que as taxas de mortalidade são mais elevadas entre os adultos que foram obesos na adolescência (Lobstein & Baur, 2005). Contudo, é importante referir que, segundo Flegal et al. (2006), estas crianças não terão necessariamente complicações clínicas ou riscos de saúde relacionados com o excesso de gordura.

Tendo em conta as complicações referidas decorrentes do excesso de gordura corporal, torna-se urgente compreender em que medida a obesidade infantil persiste ao longo do tempo. Num estudo desenvolvido por Wright, Emmett e Ness (2010), constatou-se uma forte tendência para que as crianças permaneçam numa categoria de IMC obeso ao longo do tempo, bem como uma tendência para que aquelas que se encontram na categoria de excesso de peso progridam no sentido do aumento de peso, com poucas crianças com excesso de peso a reverterem para o intervalo normal.

Embora as investigações citadas demonstrem a forte tendência para a permanência ao longo do tempo da obesidade infantil, é importante não transmitir a impressão de que a mudança é impossível. Independentemente da sua predisposição para a obesidade, qualquer criança ou adulto é capaz de diminuir o seu peso e gordura corporal. O que os dados sugerem é que a diminuição de peso pode ser muito mais difícil para algumas crianças do que para outras (Wright et al., 2010).

Até aqui referiu-se as características, prevalência e riscos associados à obesidade, importa, agora, mencionar como é medida e classificada. Uma variedade de métodos têm sido utilizados para ajustar o peso à altura, mas actualmente o mais comum, tanto para crianças como para adultos, e também o mais pertinente para o presente estudo, é o IMC, determinado pela divisão do peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ). Para as crianças, o IMC varia consideravelmente com a idade e sexo. De um modo geral, o IMC de uma criança é comparado com o IMC de uma população de referência de crianças do mesmo sexo e idade (Flegal, Tabak & Ogden 2006; Júnior, 2003). Os pontos de corte mais comumente utilizados para identificar o excesso de peso e obesidade em crianças, são os percentis 85 e 95 de IMC por idade e género, referenciados por Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz (2000), segundo as indicações da IOTF.

Após uma breve caracterização da doença e implicações convém, por fim, referir os factores associados à sua génese. Os modelos sobre as causas da obesidade incluem teorias fisiológicas e comportamentais (Ogden, 2004). As teorias fisiológicas são relativas à influência da hereditariedade na génese e desenvolvimento da obesidade.

Neste sentido, a genética sugere que o peso pode ser uma característica familiar e a probabilidade de uma criança ter peso a mais poderá estar relacionada com o peso dos pais. Estudos evidenciam que no caso de uma criança ter um pai ou mãe obeso, existe 40% de probabilidades de esta também o vir a ser. Já no caso de ambos os pais serem obesos a probabilidade de esta característica ser transmitida às gerações futuras é de 80% (Ogden, 2004). No entanto, é importante ter em atenção que tal semelhança pode não se dever somente ao factor hereditariedade na medida em que, pais e filhos não só partilham o mesmo património genético, como também o mesmo ambiente.

Por outro lado, no âmbito das teorias comportamentais tem vindo a ser estudada a influência da actividade física e dos hábitos alimentares na génese e evolução da obesidade. A actividade física constitui uma importante fonte de gasto energético, possuindo um papel central na manutenção do equilíbrio do peso. Contudo, recentes alterações culturais têm projectado a actividade física para fora do quotidiano das sociedades actuais (Yang et al., 2007). Como tal, e dado que os indivíduos que são ou permanecem inactivos evidenciam maior peso que os praticantes de alguma actividade física, esta tendência das sociedades actuais para o sedentarismo acaba também por contribuir para o crescente aumento da prevalência da obesidade em várias partes do globo.

Relativamente aos hábitos alimentares, e tendo em conta que a obesidade é explicada pelo balanço positivo entre o que é ingerido e o que é gasto, constata-se que o estilo alimentar parece ser um dos principais factores que facilitam o aparecimento do excesso de peso e da obesidade (Júnior, 2003). Um elevado desejo por comida, prazer em comer, preferência por alimentos ricos em açúcar (doces, refrigerantes, etc.), forte sensibilidade a factores externos associados aos alimentos (estímulos sensoriais como o gosto e o aroma) e aspectos emocionais, encontram-se entre os principais determinantes do estilo alimentar relacionados com o exponencial aumento da prevalência da obesidade em crianças (Viana & Sinde, 2008).

Para além dos factores referidos existem outros, não menos importantes, que de forma diferente, com maior ou menor intensidade também exercem influência sobre a obesidade. Factores demográficos como a idade, o género ou a etnia também podem contribuir em maior ou menor escala para a obesidade, bem como factores socioculturais como o estado civil, nível socioeconómico e escolaridade (Júnior, 2003).

Em suma, o importante a reter de toda esta diversificada e complexa etiologia é que nenhuma causa actua isoladamente, sendo a doença o produto de uma interacção

entre vários elementos. É de realçar também que nenhum dos elementos actua de forma determinista, devendo ser considerados apenas como factores que levam a uma maior predisposição/vulnerabilidade para a doença.

## *2. Comportamento alimentar e influência parental*

Quando abordamos o comportamento alimentar, desde logo o associamos à componente observável da alimentação, ou seja, à ingestão de alimentos. Contudo, este é um conceito bastante mais abrangente que envolve, não só a parte observável, como também todo um sistema de crenças, atitudes, predisposições e aprendizagens ligadas à alimentação. Antes de referir quais os principais factores que condicionam o comportamento alimentar, importa distinguir os diferentes conceitos que, geralmente, se encontram associados a esta temática. O padrão de ingestão diz respeito à quantidade de energia ingerida por um indivíduo, bem como ao valor calórico dos alimentos. Por outro lado, o estilo alimentar, factor determinante do padrão de ingestão, remete para a categorização do comportamento alimentar, sendo considerado a consequência do condicionamento exercido pelos factores psicológicos e sociais, uma espécie de fenótipo alimentar (Viana, 2002).

O comportamento alimentar é um conceito bastante amplo e complexo que para além da selecção alimentar, que implica uma tomada de decisão quanto aos alimentos que pretendemos ingerir, engloba também o termo preferência. Selecção e preferência encontram-se relacionadas, uma vez que a preferência é um dos factores que determina as escolhas alimentares que fazemos ao longo da vida. O termo preferência refere-se à selecção de um item em detrimento de outros. Geralmente pensa-se que a base de uma preferência é o facto de se gostar ou não de determinado item. Contudo, o “gostar” é apenas um dos vários motivos que condicionam as escolhas, nomeadamente a selecção alimentar (Birch, 1999).

“O processo de selecção do tipo e quantidade de alimentos que ingerimos no nosso dia-a-dia é extremamente complexo, sendo influenciado por importantes determinantes fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais e contextuais” (Silva et al., 2008, p.204). Neste âmbito, importa referir um estudo desenvolvido por Hamilton, McIlveen e Strugnell (2000), onde os autores referem os principais modelos de selecção alimentar, que permitem identificar os principais factores de influência e o modo como se inter-relacionam. Na sua revisão, os autores dão ênfase a três modelos diferentes, o

modelo de Khan (1981), o modelo de Randall e Sanjur (1981) e o modelo de Booth e Sheperd (1988).

No primeiro modelo, os factores condicionantes da selecção alimentar são classificados em: a) factores intrínsecos, dos quais fazem parte os métodos de preparação dos alimentos, a aparência, textura, temperatura, cor, odor, sabor e qualidade; factores pessoais, que englobam o nível de expectativa, familiaridade com os alimentos, personalidade, emoções, a família, a educação e o humor; b) factores biológicos, fisiológicos e psicológicos, como a sexo, a idade, as alterações fisiológicas e as influências; c) factores culturais e religiosos, como a tradição, influências culturais e restrições religiosas; d) factores extrínsecos, como o ambiente, a situação, variações sazonais e a publicidade; e) e por fim, factores socioeconómicos, como o custo dos alimentos, a segurança, o prestígio e as condições económicas.

No modelo de Randall e Sanjur (1981), os autores nomeiam os factores de características e dividem-nos em características do indivíduo, dos alimentos e do ambiente. As características inerentes ao indivíduo são a idade o sexo, a educação, o conhecimento nutricional, as competências culinárias, o salário e a atitude perante a saúde. Relativamente às características dos alimentos, destacam-se o sabor, aparência, textura, custo e modo de preparação. Por fim, a ocupação, a mobilidade, o grau de urbanização e a estação do ano pertencem às características do ambiente.

O último modelo citado por Hamilton et al. (2000), é da autoria de Booth e Shepherd (1988), que categorizaram os factores de acordo com a influência que exercem nas atitudes perante a marca e o consumo, na percepção que o indivíduo tem do momento da refeição e no comportamento de aceitação e rejeição. Nas atitudes perante a marca e o consumo influem factores como as normas culturais e factores económicos. Quanto à percepção, é influenciada pela personalidade, pelos valores, emoções, crenças, hábitos e gostos. Por fim, o comportamento de aceitação e rejeição consiste em escolhas alimentares, na escolha da porção de alimentos a ingerir e na escolha do *timing* e frequência da ingestão alimentar.

Além dos factores já referidos, existem também evidências de predisposições genéticas que numa fase inicial, logo desde o nascimento e durante a infância, condicionam as preferências alimentares. Salientam-se a predisposição para preferir alimentos salgados e doces em detrimento de alimentos amargos e azedos, a predisposição para rejeitar alimentos novos (neofobia) e desenvolver preferências pelos alimentos mais familiares, e a predisposição para desenvolver preferências através da

aprendizagem associativa entre os alimentos e as consequências ambientais da sua ingestão (Birch, 1999; Birch & Fisher, 1998). Contudo, segundo Wardle e Cooke (2008), o contexto sociocultural, e em especial o ambiente familiar, assumem grande relevância no condicionamento das preferências alimentares, enquanto as predisposições genéticas contribuem muito pouco para a variância total nesta área.

Constata-se, assim, que as preferências alimentares são o produto de uma acção conjunta entre factores genéticos e ambientais, resultando nas diferenças individuais ao nível da alimentação. Enquanto alguns autores dão ênfase à hereditariedade, outros dão maior relevância à contribuição da aprendizagem e da experiência para o desenvolvimento das preferências alimentares na infância. Uma das formas mais eficazes de aumentar a aceitabilidade de determinado alimento é a sua exposição repetida. Desde cedo, a experimentação repetida de diferentes paladares aumenta a sua familiaridade e, consequentemente, a sua aceitação. Também a modelagem tem sido referida como uma das principais fontes de aprendizagem na infância, uma vez que as crianças revelam uma tendência para imitar o comportamento de pessoas significativas, como os pais, irmãos, ou colegas de escola. Observar os outros durante as refeições pode, de facto, alterar as preferências alimentares directa ou indirectamente, isto é, através da observação de determinados padrões de ingestão as crianças passam a imitar esses padrões podendo, posteriormente, aumentar a sua preferência por esses sabores através da exposição repetida. Por fim, refere-se a aprendizagem através das consequências pós-ingestão, que podem ser de cariz fisiológico ou ambiental. Como exemplo refere-se a presença de náuseas, vómitos ou dores abdominais após a ingestão de determinado alimento, que provocam uma associação com o alimento e consequentemente uma aversão/evitamento do mesmo, e do lado oposto o uso de alimentos como reforço, geralmente guloseimas, que cria uma associação do alimento com eventos prazerosos, aumentando a sua preferência (Wardle & Cooke, 2008).

Apesar dos vários estudos já desenvolvidos em volta da temática, o dilema da influência genética e ambiental mantém-se. Contudo, a premissa de que a família é a maior fonte de condicionamento na vida da criança, e consequentemente nas suas escolhas, padrões e comportamentos alimentares, é comumente aceite. As atitudes das crianças são o reflexo do contexto em que está inserida, que nestas fases desenvolvimentais precoces é maioritariamente constituído pelo ambiente familiar (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).



É na infância que se dão as primeiras aprendizagens e se desenvolvem as primeiras crenças, valores e preferências, nomeadamente no sector alimentar. Neste âmbito, a família é a principal responsável pela transmissão da cultura alimentar, sobretudo porque o foco primordial de interacção entre pais e filhos durante os primeiros anos de vida da criança é a alimentação, iniciando-se com a amamentação. É através da socialização que a criança inicia a formação do seu comportamento alimentar (Ramos & Stein, 2000).

Vários estudos têm comprovado a forte influência parental no desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças. Segundo Cutting, Fisher, Grimm-Thomas e Birch (1999), as refeições são um acontecimento social que condiciona significativamente o padrão alimentar das crianças. Envolvem a participação de pessoas significativas na vida da criança, como os pais e outros familiares, que funcionam como modelos e levam à adopção de comportamentos semelhantes por parte das crianças. Neste âmbito, Brown e Ogden (2004) desenvolveram um estudo para investigar de que modo se processa a influência parental, onde verificaram a existência de dois tipos distintos de influência, a modelagem e o controlo. Constataram que a modelagem participava na transmissão de atitudes relacionadas com a alimentação, influenciando o modo como a criança pensava e se comportava em relação aos alimentos. Por outro lado, verificaram que o controlo parental sobre a alimentação condicionou apenas a ingestão alimentar, não afectando as crenças relativamente ao que a criança ingeria. Deste modo, os autores concluíram que um modelo parental positivo proporcionou melhores resultados para promover a mudança, comparativamente com o controlo exercido sobre a ingestão de alimentos.

Vários foram os estudos que averiguaram a influência do controlo parental no peso e padrão alimentar das crianças. No seu estudo, Arredondo et al. (2006) verificaram que as estratégias parentais controladoras (pais autoritários) eram contraproducentes, podendo colocar as crianças em risco de excesso de peso. Por outro lado, num estudo desenvolvido por Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport e Plomin (2008), os autores verificaram que as mães obesas exerciam baixo controlo sobre a ingestão alimentar dos seus filhos, e que essa falta de controlo podia contribuir para o excesso de peso dos mesmos. Importa ainda referir uma revisão desenvolvida por Wardle e Carnell (2007), na qual foram comparados estudos, com diferentes metodologias, sobre a influência das práticas alimentares parentais no peso das crianças (estudos de casos-controlo; um estudo transversal, e estudos longitudinais com gémeos),



com o objectivo de identificar se o tipo de estudo alteraria as conclusões. Os autores concluíram que independente do tipo de estudo, o impacto do padrão alimentar sobre o ganho de peso das crianças é ainda incerto. Algumas evidências levam a crer que a falta de controlo dos pais pode levar ao excessivo aumento de peso, enquanto outras sugerem que a imposição de certos padrões alimentares pode interferir no crescimento e no desenvolvimento da criança. A leitura conjunta destes dados sugere que para haver uma alimentação saudável é necessário que haja um equilíbrio entre a ausência de controlo sob a ingestão alimentar das crianças e um controlo excessivo.

Relativamente à concordância entre preferências alimentares de pais e filhos, destaca-se o estudo desenvolvido por Skinner et al. (1998), onde os autores encontraram uma forte correlação entre as preferências alimentares de 117 crianças e respectivos pais e irmãos mais velhos. No mesmo estudo, os autores verificaram também que os alimentos que, geralmente, não fazem parte da alimentação das crianças, são também alimentos que as respectivas mães não gostam, implementando a ideia que esta concordância de preferências se deve à partilha do mesmo contexto alimentar. Neste sentido, Epstein et al. (2001) realizaram um estudo com 27 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos de idade e os respectivos pais, onde verificaram que a redução na ingestão alimentar de gordura e açúcar pelas crianças pode ser obtida por mudanças nos hábitos alimentares dos pais. Tais resultados podem estar relacionados com a observação do comportamento dos pais (a modelagem supra referida) que leva a uma mudança nos hábitos alimentares. Contudo, podem também dever-se ao factor familiaridade. A diminuição do consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar e o aumento de frutas e vegetais, leva a que os segundos passem a estar mais frequentemente presentes no ambiente da criança. Deste modo, a exposição sistemática a esses alimentos pode aumentar a sua familiaridade, e uma vez que as crianças propendem a preferir alimentos que lhes são familiares em detrimento dos que lhes são estranhos, optam pelos alimentos aos quais estão rotineiramente expostas, ou seja alimentos que facilmente estão disponíveis em casa (Wardle, 2007). Saliente-se ainda a importante contribuição das rotinas alimentares, uma vez que a criança não come apenas por sugestão da fome, mas de acordo com as regras e horários da sua família e da cultura específica em que vive (Ramos & Stein, 2000).

Já se mencionaram os factores disponibilidade e acessibilidade dos alimentos, bem como a aprendizagem por observação, importa agora referir o papel das estratégias parentais. Segundo Ramos e Stein (2000), interações positivas durante as refeições

podem dar lugar a interações negativas, através da utilização de estratégias coercivas por parte dos pais. Um estudo desenvolvido por Birch (1999) aborda esta temática e conclui que, os alimentos com baixa palatabilidade, como os vegetais, são oferecidos em contexto negativo, normalmente envolvendo coação para a criança comer. Embora este tipo de práticas possa induzir as crianças a comer mais produtos hortícolas a curto prazo, a longo prazo, as tentativas de controlo parental podem ter efeitos negativos sobre a qualidade da dieta das crianças, reduzindo as suas preferências relativamente aos alimentos saudáveis. Por outro lado, os alimentos ricos em açúcar, gordura e sal são oferecidos em contextos positivos, potencializando a preferência para estes alimentos. Frequentemente são esses os alimentos utilizados em festas e celebrações, ou como recompensa para a criança comer a refeição toda. Nessas contingências, o uso de alimentos como recompensa para aumentar o consumo de alimentos pouco palatáveis confunde as funções do alimento, fazendo com que as estratégias utilizadas se oponham ao estabelecimento de padrões alimentares nutritivos para a criança. Essas estratégias acabam, na verdade, por produzir efeitos desfavoráveis nas preferências para alguns alimentos.

Neste mesmo estudo (Birch, 1999), quando foi perguntado aos pais quais as estratégias mais eficazes na indução de gostos e aversões alimentares dos seus filhos, estes relataram que restringir o acesso das crianças a um alimento, ou proibi-las de comer um determinado alimento, é uma boa forma de conseguir que elas não gostem desse alimento. Infelizmente, pesquisas recentes indicam que estas práticas de alimentação infantil não funcionam. As evidências, indicam que as estratégias de alimentação infantil que restringem o acesso das crianças a *snacks*, tornam os alimentos restritos mais atraentes (Birch, 1999; Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007; Mello, Luft & Meyer, 2004).

Neste âmbito, será ainda de salientar o recente estudo desenvolvido por Hasenboehler, Munsch, Meyer, Kappler e Vogele (2009) acerca da relação entre a estrutura familiar e o peso das crianças. Os autores verificaram que a estrutura familiar (coesão e hierarquia) foi um potencial preditor do IMC das crianças, bem como do comportamento alimentar das mães e crianças em relação a diferentes situações familiares (situação típica e de conflito). Deste modo, os autores concluíram que existia uma associação entre estruturas familiares disfuncionais, stress, alimentação excessiva, aumento da ingestão em situações de forte carga emocional, e o excesso de peso.

Um outro factor, referenciado em vários estudos, que condiciona o comportamento alimentar infantil é o conhecimento nutricional dos pais e as estratégias de transmissão dessa informação/conhecimento. Segundo Clark et al. (2007), maiores níveis de conhecimento nutricional materno estão associados a uma maior ingestão de frutas e fibras, bem como a uma baixa ingestão de gorduras pelas crianças. No seu estudo, Arredondo et al. (2006) chegaram a conclusões semelhantes, constatando que crianças com pais que acompanhavam e reforçavam comportamentos saudáveis consumiam alimentos mais saudáveis, sendo também mais activos fisicamente, em comparação com crianças com pais que não utilizavam esse tipo de estratégia.

Por fim, importa reflectir sobre o impacto que o próprio comportamento alimentar dos pais possa ter no IMC das crianças. Os pais e outros membros familiares estabelecem um ambiente partilhado em que o convívio pode ser propício à alimentação excessiva e a um estilo de vida sedentário. Neste sentido, Cutting et al. (1999) encontraram correlações positivas entre o excesso de ingestão alimentar das mães e o excesso de peso das respectivas filhas. Verificaram também que esse consumo em excesso das mães leva a um maior acesso livre aos alimentos por parte das filhas, que por sua vez está positivamente relacionado com o seu IMC. Ainda segundo estes autores, uma vez que as mães são as principais responsáveis pela estruturação de regras nas crianças mais pequenas, incluindo as regras alimentares, o controlo que estabelecem é influenciado, em parte, pela sua própria dieta, crenças e atitudes relativamente ao controlo do peso. A principal conclusão deste estudo é que existe um padrão familiar de excesso de peso, isto é, pais com excesso de peso tendem a ter filhos também com excesso de peso.

Neste sentido, importa salientar que não se verifica apenas a existência de um padrão familiar de excesso de peso, também se constata a existência de padrões familiares no âmbito das PCA. Vários estudos têm comprovado que tanto a AN como a BN possuem uma forte componente familiar e elevadas taxas de patologia alimentar entre familiares, sendo que esta influência familiar pode funcionar como factor de vulnerabilidade ou factor precipitante deste tipo de doenças (Bouça & Sampaio, 2002; Morgana et al., 2002). Estes dados são reforçados no estudo de Whelan e Cooper (2000), no qual se constatou que PCA nas mães estavam associadas a problemas de alimentação nos filhos. Também nos estudos realizados por Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer e Bachar (2008), e Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), os autores

verificaram que o comportamento parental pode assumir particular importância no desenvolvimento de PCA nos filhos.

Até aqui foram referidos estudos que abordam apenas a influência parental no âmbito da aprendizagem de hábitos, comportamentos e padrões alimentares, contudo, é importante considerar igualmente a sua contribuição genética. Ao longo das últimas décadas desenvolveram-se diversos estudos com gémeos e crianças adoptadas. Os resultados evidenciaram que os gémeos monozigóticos criados separadamente possuem um peso mais semelhante do que gémeos dizigóticos que viviam juntos. No que concerne aos estudos realizados com crianças adoptadas verificou-se a existência de uma forte relação entre a classe de peso dos indivíduos adoptados e a classe de peso dos pais biológicos, no entanto, não foi encontrada qualquer relação com o peso dos pais adoptivos (Ogden, 2004). Também num estudo desenvolvido por Stunkard, Foch e Hrubec (1986), no qual foi analisada a concordância entre pesos de gémeos monozigóticos e dizigóticos, verificou-se que a concordância entre pesos de gémeos monozigóticos foi duas vezes mais elevada do que a dos gémeos dizigóticos. Estes estudos sugerem uma forte componente genética na transmissão inter-geracional do peso. Contudo, é importante ter em atenção que pais e filhos não só partilham o mesmo património genético como também o mesmo ambiente, sendo difícil perceber onde termina a influência de um e começa a do outro.

A revisão bibliográfica efectuada permitiu averiguar os diferentes componentes do comportamento alimentar, os principais factores que condicionam as preferências, selecções e padrões alimentares, e o modo como se processa a influência parental nos hábitos alimentares dos filhos. Contudo, a exploração deste tema ficaria incompleta se não se abordasse a interacção existente entre o comportamento alimentar infantil e o IMC das crianças.

Existe uma grande variedade de estudos que investigam a relação entre as diferentes características do comportamento alimentar e o IMC em crianças. Analisando os seus resultados verificam-se fortes semelhanças entre todos estes estudos. Num trabalho levado a cabo por Webber, Hill, Saxton, Van Jaarsveld e Wardle (2009), estes verificaram a existência de associações negativas entre o IMC e três características do comportamento alimentar, a selectividade na escolha dos alimentos a consumir, a capacidade para compreender as pistas internas da saciedade e a ingestão lenta de

alimentos. Por outro lado, encontraram associações positivas entre o IMC e o prazer obtido das refeições, o consumo de bebidas açucaradas, o aumento da ingestão de alimentos perante a vivência de emoções negativas e a sensibilidade aos atributos externos dos alimentos. Os autores concluíram que estas últimas características poderiam ser consideradas como indicadores da susceptibilidade para ganhar peso. Outros estudos com o mesmo tipo de objectivo e recurso ao mesmo tipo de análise de resultados, encontraram dados idênticos (Jahnke & Warschburger, 2008; Sleddens, Kremers & Thijs, 2008). A estes achados apenas se acrescenta o estudo de Wardle (2007), onde a autora, para além das associações já referidas entre características e IMC, verificou também que as crianças obesas eram mais estimuladas pela exposição ao cheiro da comida do que as crianças de peso normal. Importa ainda referir um estudo desenvolvido por Carnell e Wardle (2008), no qual as autoras verificaram que a associação entre IMC e as características do comportamento alimentar que promoviam uma aproximação à comida tendia a agravar-se com a idade.

Este tipo de estudos foram também realizados com populações infantis em território português, obtendo-se o mesmo tipo dos resultados já referidos. Tanto no estudo de Viana, Sinde e Saxton (2008), como no estudo de Viana e Sinde (2008), os autores constataram que as crianças de IMC mais elevado revelavam uma deficiente capacidade de regulação do apetite, em parte, relacionada com o padrão rápido de ingestão alimentar que não permitia ser sensível ao ponto de saciedade, como também, uma forte sensibilidade ao odor e aspecto da comida, e um elevado prazer em comer, que levavam a uma diminuição na selectividade alimentar.

Dado que o comportamento alimentar é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, maior influência directa apresenta na saúde e na doença, constata-se a pertinência da aplicação dos métodos da Psicologia ao seu estudo, visando a prevenção (Viana, 2002). Este tipo de estudos tornam-se ainda mais relevantes quando aplicados à infância, uma vez que se tem provado que as PCA e a obesidade podem desenvolver-se precocemente. Ressalta-se ainda a importância do conhecimento dos padrões alimentares nesta etapa do desenvolvimento, devido ao facto de a investigação sugerir que os hábitos alimentares adquiridos na infância persistem ao longo da vida adulta (Brown & Ogden, 2004). Não obstante estes factos, a investigação no âmbito do

comportamento alimentar tem sido maioritariamente implementada com amostras de adultos e jovens adultos.

Avaliar o padrão alimentar infantil pode ajudar a detectar crianças em risco de excesso de peso ou obesidade enquanto ainda se encontram num peso saudável (Carnell & Wardle, 2008). A importância do constructo “comportamento alimentar” reside na sua contribuição para a compreensão das principais causas comportamentais da obesidade, afigurando-se como fundamental na educação e prevenção no âmbito da saúde (Viana & Sinde, 2008; Viana, Sinde e Saxton, 2008).

No presente estudo será atribuída uma ênfase especial à relação entre o peso de pais e filhos, nomeadamente à transmissão inter-geracional do peso baixo, peso normal, excesso de peso e obesidade. Tal como o explicitado na revisão teórica, vários estudos têm comprovado a forte influência que os hábitos alimentares parentais têm sobre o comportamento alimentar das crianças.

Atendendo a que a alimentação é igualmente influenciada por questões culturais, fará sentido explorar este tema também em Portugal – um país no qual a gastronomia é bastante valorizada e o estado de saúde das crianças é ainda muito avaliado, em termos sociais, pelo seu estado de nutrição.

Pretende-se, igualmente, mudar o foco de avaliação, em termos de faixa etária, para idades mais precoces, acrescentando conhecimento aos estudos existentes neste domínio com crianças em idade escolar. Conhecer mais amplamente as características alimentares das crianças que em idade precoce apresentam alterações a um padrão normal de peso, permite compreender melhor o início dos problemas alimentares e, concomitantemente, que tipo de comportamentos requerem uma intervenção precoce.



## Capítulo II - Estudo Empírico

Neste segundo capítulo, proceder-se-á à apresentação do estudo empírico. Primeiramente, serão explicitados os seus objectivos. Posteriormente, serão apresentadas as questões inerentes ao método, nomeadamente, participantes e sua caracterização, materiais utilizados, procedimento e análise de dados.

### 1. Objectivos

Considerando a revisão da literatura realizada no capítulo anterior, definiu-se como principal objectivo do presente estudo a análise da relação entre o IMC dos progenitores e das crianças. Os objectivos específicos são os seguintes:

1. Analisar a prevalência de peso baixo, peso normal, excesso de peso e obesidade nas crianças e seus pais.
2. Analisar comparativamente o IMC das crianças com o IMC dos respectivos pais.
3. Analisar o padrão alimentar das crianças em função do IMC da amostra.
4. Despistar a possibilidade de PCA nas mães da amostra e a eventual relação com o seu IMC.

### 2. Método

#### *2.1 – Participantes*

Os participantes incluídos neste estudo, foram avaliados no âmbito da investigação *Preschool Physical Activity, Body Composition and Lifestyle Study (PRESTYLE)*, iniciada no ano de 2008, levada a cabo pelo Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. As crianças têm idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos de idade e foram recrutadas em diversas escolas e infantários, públicos e privados, do distrito do Porto. A amostra foi composta por 560 crianças (294 rapazes e 266 raparigas) com idades compreendidas entre os 35 e os 93 meses de idade ( $M = 68,62$ ,  $DP = 11,917$ ), sendo que a maioria se encontrava em idade pré-escolar (58,8%,  $N = 329$ ). A média da altura foi de 1,16 m ( $DP = 0,08$ ) e o peso corporal médio foi de 23,2 kg ( $D = 5,2$ ).



## 2.2 – Material

Para a realização do presente estudo, foi utilizada uma ficha para a recolha de dados clínicos e demográficos, bem como uma balança digital e um estadiómetro portátil digital, para medir o peso e a altura das crianças. Foram ainda aplicadas duas medidas de auto-preenchimento às mães das crianças: o Child Eating Behavior Questionnaire – CEBQ (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001) e o SCOFF (Morgan, Reid & Lacey, 1999), cuja descrição se apresenta seguidamente.

### 2.2.1 – CEBQ

O CEBQ, é um dos instrumentos mais compreensivos na avaliação do comportamento alimentar de crianças. Foi desenvolvido e validado no Reino Unido por Wardle, Guthrie, Sanderson e Rapoport (2001), e traduzido e validado na população portuguesa por Viana, Sinde e Saxton (2008), revelando boas qualidades psicométricas. É composto por 35 itens divididos em 8 subescalas, cada uma contendo de 3 a 6 itens. As respostas são dadas segundo uma escala de Likert de 5 pontos, de acordo com a frequência com que ocorre o comportamento (1-Nunca, 2-Raramente, 3-Por vezes, 4-Muitas vezes, 5-Sempre).

As subescalas criadas podem ser agrupadas em escalas de aproximação e evitamento da comida. As escalas que sugerem uma aproximação à comida são a “*Resposta à comida*”, que reflecte a ingestão de alimentos em resposta às características do meio e às propriedades físicas dos alimentos, o “*Prazer em comer*”, caracterizado pelo prazer retirado das refeições, e ainda a “*Sobre-ingestão emocional*”, que se caracteriza por um aumento de ingestão de alimentos em resposta a um espectro de emoções negativas, como a ansiedade e a tristeza. Por outro lado, as subescalas que fazem parte do grupo de evitamento da comida são as seguintes: “*Resposta à saciedade*”, que se caracteriza pela capacidade de compreender os sinais corporais que indicam que o consumo alimentar é suficiente para as necessidades energéticas; “*Selectividade*”, geralmente definida como a rejeição de uma quantidade substancial de alimentos familiares, bem como de alimentos “novos”; “*Sub-ingestão emocional*”, ou seja, a diminuição da ingestão de alimentos perante a vivência de emoções negativas; e finalmente a “*Ingestão lenta*”, caracterizada pela redução da proporção de ingestão alimentar como consequência de baixo interesse e prazer em comer. Existe ainda a

subescala “*Desejo de beber*”, que reflecte o desejo das crianças de estarem constantemente rodeadas de bebidas, geralmente doces e ricas em açúcar (Sleddens, Kremers & Thijs, 2008). Esta última subescala não se insere em nenhum dos dois grupos supra referidos.

Os itens individuais do CEBQ derivam teoricamente de pesquisas acerca das causas comportamentais da obesidade e de entrevistas com pais. Tem como principal objectivo avaliar o padrão alimentar de crianças, abordando as principais questões do padrão alimentar que têm sido implicadas no desenvolvimento do peso corporal. Foi concebido para ser completado por pais tendo em conta os comportamentos alimentares habituais das suas crianças. Possui validade de constructo e uma boa consistência interna (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001).

### 2.2.2 – *SCOFF*

O SCOFF é um questionário breve, de simples compreensão e fácil de administrar e cotar. Foi desenvolvido no Reino Unido por Morgan, Reid e Lacey (1999) com o objectivo de detectar possíveis casos de PCA. É um instrumento de rastreamento, utilizado para detectar casos em risco e como tal, não pode ser utilizado como um método de diagnóstico preciso. É composto por cinco itens que deram origem ao acrónimo SCOFF. As cinco questões abordam os principais aspectos da anorexia e bulimia nervosa (avaliam a perda de controlo da ingestão de alimentos, comportamentos purgativos e insatisfação com o corpo), e foram desenvolvidas e refinadas através da criação de *focus groups* de indivíduos com PCA e especialistas da área (Morgan et al., 1999).

Cada item está classificado numa escala dicotómica (0 = não, 1 = sim). As pontuações totais variam entre 0 e 5. Uma pontuação total igual ou superior a 2 identifica os respondentes como pertencendo a um grupo de risco de PCA. Com este ponto de corte o SCOFF apresentou uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 87,5% em detectar a possibilidade da existência de uma anorexia e bulimia nervosa com amostras clínicas (Morgan et al., 1999). O mesmo ponto de corte foi obtido em outros estudos de validação do questionário, embora com valores de sensibilidade e especificidade diferentes, que poderão estar associados a factores culturais e linguísticos, bem como à idade e forma de recrutamento da amostra (Garcia-Campayo,

Sanz-Carrillo, Ibañez, Lou, Solano & Alda, 2005; Hill, Reid, Morgan & Lacey, 2010; Muro-Sans, Amador-Campos & Morgan, 2008).

O ponto de corte 2 foi escolhido por ser o melhor a combinar os índices de sensibilidade e especificidade. Outros pontos de corte conferiam maior especificidade mas comprometiam a sensibilidade do questionário. Este tipo de questionários necessita de ter uma grande sensibilidade para sinalizar o maior número possível de potenciais casos de PCA. Embora a alta sensibilidade aumente também o número de falsos positivos, é necessário ter em conta o impacto da perda de possíveis casos verdadeiros (Hill et al., 2010).

Em suma, nas várias investigações em que foi validado e estudado, o SCOFF demonstrou ser um instrumento de rastreamento efectivo com boas capacidades psicométricas para a detecção de casos de PCA. Já foi traduzido em várias línguas diferentes, sendo adoptado no Reino Unido como questionário standard de rastreamento (Morgan et al., 1999; Garcia-Campayo et al., 2005; Muro-Sans et al., 2008; Hill, et al., 2010). Actualmente encontra-se em desenvolvimento o seu processo de validação em Portugal, numa parceria entre a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. O processo de tradução foi concluído, de acordo com os procedimentos de tradução sugeridos na literatura.

### **3. Procedimento**

O processo de avaliação do peso e da altura das crianças foi devidamente autorizado, tanto pelos encarregados de educação das crianças, como pelos respectivos directores das escolas e infantários em questão, mediante a entrega de requisição escrita. Os procedimentos do estudo foram aprovados pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Comité de Ética de Programa Doutoral em Actividade Física e Saúde da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

O peso e altura das crianças foram avaliados nas respectivas escolas. A estatura e massa corporal foram determinadas através dos métodos antropométricos standard. A estatura foi medida com aproximação ao milímetro e recurso a um estadiómetro portátil digital. Quanto à massa corporal, foi medida com a aproximação de 0,1 kg, com os participantes com pouca roupa (roupa interior e t-shirt), utilizando uma balança digital. Uma média de duas medições foi utilizada tanto para a altura como para o peso.

O IMC foi utilizado para definir as categorias de peso tanto para as crianças como para os pais. No caso das crianças, o baixo peso foi classificado mediante as referências estabelecidas por Cole, Flegal, Nicholls e Jackson (2007), e o excesso de peso e obesidade foram definidos com recurso às referências estabelecidas por Cole et al. (2000), recomendadas pela IOTF. Os valores de IMC dos pais foram obtidos através de auto-relato. As categorias de peso adoptadas seguem os pontos de corte veiculados pela World Health Organization (1995): em que um IMC inferior a 18,5 é considerado baixo peso; um IMC superior ou igual a 18,5 e inferior a 25 é considerado peso normal ou eutrófico; um IMC superior ou igual a 25 e inferior a 30 é considerado excesso de peso; e um IMC superior ou igual a 30 é considerado obesidade.

Relativamente aos questionários, estes foram preenchidos em casa pelas mães.

#### **4. Procedimentos de análise de dados**

Finalizada a recolha de dados, procedeu-se à análise dos mesmos, utilizando o programa SPSS, versão 18.0 para o Windows, tendo sido realizados os seguintes procedimentos estatísticos: análises de frequências e de medidas de tendência central (análise descritiva); uma análise de variância (MANOVA), para verificar a variância existente entre os diferentes grupos de IMC das crianças nas diferentes subescalas do CEBQ; uma análise de médias (Teste-t), para comparar as diferenças entre o grupo de mães em risco de desenvolver uma PCA e o grupo de mães sem risco de PCA; e uma análise de correlações (coeficiente de correlação de Pearson), para averiguar as relações existentes entre as diferentes escalas do CEBQ.



### Capítulo III – Resultados

Subsequentemente apresentam-se os principais resultados do presente estudo. Inicia-se a explanação pela apresentação dos valores de IMC da amostra e a relação entre o IMC dos vários intervenientes (crianças e pais). Posteriormente apresentam-se os resultados obtidos em cada questionário utilizado, bem como a sua relação com o IMC.

#### 1. Análise descritiva e comparativa do IMC das crianças e dos pais

As médias de IMC e respectivos desvio padrão, máximo e mínimo de cada grupo de participantes (crianças, mães e pais) encontram-se descritas na Tabela 1. Verifica-se que, tanto a média de IMC das mães, como a dos pais, se encontram na categoria de excesso de peso ( $IMC > 25$ ). Constata-se também que os valores de IMC máximos de mães e pais são muito elevados, pertencendo à classe de obesidade.

**Tabela 1** – Medidas descritivas da amostra

	Índice de massa corporal		
	Média (DP)	Mínimo	Máximo
<b>Crianças</b> (N = 462)	17,11 (2,23)	11,76	25,67
<b>Mães</b> (N = 532)	25,04 (4,15)	16,35	44,22
<b>Pais</b> (N = 484)	25,98 (3,34)	18,59	41,33

Os valores de prevalência de baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade para as crianças, mães e pais da amostra constam na Tabela 2. Em todos os grupos observam-se prevalências muito reduzidas de baixo peso, não existindo nenhum caso entre os pais. A maioria das crianças e mães da amostra apresentaram um peso normal, contudo, o mesmo não aconteceu com os pais cuja, categoria mais representada foi o excesso de peso. Constata-se a presença de valores elevados de excesso de peso e obesidade em todos os grupos. Relativamente às crianças 19,9% revelaram excesso de peso e 10,8% obesidade. No que concerne aos pais os valores foram ainda mais alarmantes, 30,1 % das mães e 46,5% dos pais apresentaram excesso de peso, e ainda, 12,6% das mães e 11,6% dos pais pertenceram à classe de obesidade.

**Tabela 2** – Dados de prevalência de baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade da amostra.

	IMC por categorias			
	Baixo peso	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Crianças</b>	16 (3,5)	304 (65,8)	92 (19,9)	50 (10,8)
<b>Mães</b>	9 (1,6)	296 (55,7)	160 (30,1)	67 (12,6)
<b>Pais</b>	0 (0)	205 (42,4)	225 (46,5)	54 (11,6)

Segue-se uma análise comparativa do IMC de cada criança com IMC das mães e dos pais separadamente. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 3. No que concerne às confrontações com o IMC das mães, verifica-se que nas crianças com baixo peso, peso normal e excesso de peso existe uma maior prevalência de mães com peso normal. Por outro lado, nas crianças obesas encontra-se uma maior prevalência de mães com excesso de peso.

Relativamente aos pais, as crianças com baixo peso apresentam a mesma prevalência de pais com peso normal e excesso de peso (50% cada). As crianças com peso normal apresentam prevalências muito semelhantes de pais com peso normal e excesso de peso, 45,9% e 45,5%, respectivamente. As crianças com excesso de peso apresentam prevalências de pais semelhantes às crianças dos grupos anteriores, verificando-se uma diferenciação muito pequena entre pais com peso normal e excesso de peso, 43,2% e 45,7%, respectivamente. Por outro lado, nas crianças com obesidade verificou-se uma maior prevalência de pais com excesso de peso.

**Tabela 3** – Percentagens resultantes do cruzamento do IMC por categorias de crianças, mães e pais.

	IMC das crianças			
	Baixo peso	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)

<b>IMC das mães</b>	<b>Baixo peso</b>	0 (0)	6 (2,1)	3 (3,3)	0 (0)
	<b>Peso normal</b>	10 (66,7)	162 (56,1)	48 (52,7)	16 (33,3)
	<b>Excesso de peso</b>	3 (20)	86 (29,7)	28 (30,8)	20 (41,7)
	<b>Obesidade</b>	2 (13,3)	35 (12,1)	12 (13,2)	12 (25,0)
	<b>Total</b>	15(3,4)	289 (65,2)	91 (20,5)	48 (10,8)
<b>IMC dos pais</b>	<b>Baixo peso</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	<b>Peso normal</b>	6 (50)	122(45,9)	35 (43,2)	14 (30,5)
	<b>Excesso de peso</b>	6 (50)	121 (45,5)	37 (45,7)	22 (47,8)
	<b>Obesidade</b>	0 (0)	23 (8,6)	9 (11,1)	10 (21,7)
	<b>Total</b>	12 (2,9)	266 (65,7)	81 (20)	46 (11,4)

## 2. Relação entre as diferentes escalas do CEBQ

A relação entre as diferentes escalas do CEBQ foi analisada através do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson, cujos valores constam na Tabela 4<sup>1</sup>. No que concerne às subescalas de aproximação à comida, obtiveram-se relações positivas, moderadas a fortes entre si. Também entre as subescalas de evitamento da comida se obtiveram relações positivas fortes, moderadas e fracas, salientando-se a ausência de relação entre a “Sobre-ingestão emocional” e a “Ingestão lenta”. Por fim, o “Desejo de beber”, que não se insere em nenhum dos dois grupos, obteve relações positivas fracas com a maioria das subescalas, exceptuando o “Prazer em comer”, a “Selectividade” e a “Ingestão lenta”, com as quais não obteve qualquer relação estatisticamente significativa.

Relativamente às relações entre as subescalas de aproximação e evitamento da comida, na sua maioria revelaram associações negativas fortes.

**Tabela 4** – Correlações entre as subescalas do CEBQ.

<sup>1</sup> Para avaliar a força das relações recorreu-se aos valores postulados por Cohen (1988). Verifica-se uma relação fraca quando  $r = ,10$  até  $,29$  ou  $r = -,10$  até  $-,29$ . Uma relação moderada situa-se entre  $r = ,30$  até  $,49$  ou  $r = -,30$  até  $-,49$ . Uma relação forte verifica-se quando  $r = ,50$  até  $1,0$  ou  $r = -,50$  até  $-1,0$ .



Subescalas CEBQ	Resposta à comida	Prazer em comer	Sobre-ingestão emocional	Desejo de beber	Resposta à saciedade	Ingestão lenta	Sub-ingestão emocional	Selectividade
Prazer em comer	,591**							
Sobre-ingestão emocional	,544**	,346**						
Desejo de beber	,272**	,098	,246**					
Resposta à saciedade	-,259**	-,492**	-,086	,160**				
Ingestão lenta	-,247**	-,395**	-,202**	,002	,548**			
Sub-ingestão emocional	,133**	,069	,415**	,115*	,213**	,070		
Selectividade	-,171**	-,422**	-,083	-,002	,452**	,330**	,138**	

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$

### 3. Efeito do peso das crianças na variação do CEBQ

Na análise que se segue, e relativamente às classes de IMC nas crianças, o grupo de baixo peso foi englobado no grupo de peso normal devido à sua baixa prevalência e de modo a não comprometer a robustez da análise realizada. Desta forma, aplicou-se uma MANOVA de modo a verificar se as pontuações nas subescalas do CEBQ variavam nos grupos de crianças com peso “Normal e Baixo Peso”, “Excesso de Peso” e “Obesidade” (ver Tabela 5). Os resultados revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na combinação de variáveis dependentes: Wilks’ Lambda=.83;  $F(4,203)=16.00$ ;  $p < .001$ ; *partial eta squared*=.090.

Considerando cada uma das variáveis dependentes isoladamente, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à “Resposta à comida”, “Prazer em comer”, “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta”.

**Tabela 5** – Resultados em cada subescala do CEBQ por grupo de IMC nas crianças.

		IMC das crianças			F	P*	Partial Eta Squared
		Normal e Baixo Peso	Excesso de Peso	Obesidade (N = 41)			
	Subescala CEBQ	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)			
Aproximação à comida	Resposta à comida	1,8 (0,6)	1,9 (0,7)	2,5 (0,9)	17,41	<b>,000</b>	,091
	Prazer em comer	2,7 (0,7)	2,9 (0,7)	3,2 (0,7)	10,33	<b>,000</b>	,056
	Sobre ingestão	1,7 (0,5)	1,8 (0,6)	1,9 (0,7)	2,91	,056	,016
Evitamento da comida	Resposta à saciedade	2,9 (0,7)	2,5 (0,6)	2,4 (0,6)	12,00	<b>,000</b>	,064
	Ingestão lenta	3,1 (0,8)	2,8 (0,9)	2,5 (0,8)	12,53	<b>,000</b>	,067
	Selectividade	3,1 (0,7)	2,8 (0,7)	2,9 (0,8)	3,15	,044	,018
	Sub ingestão emocional	2,5 (0,7)	2,3 (0,7)	2,4 (0,7)	1,52	,219	,009
	Desejo de beber	2,2 (0,9)	2,3 (0,9)	2,2 (1,1)	,35	,709	,002

\* Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a bold.

As comparações *post hoc* (teste de Scheffé) efectuadas com o intuito de identificar, para cada variável, as fontes das diferenças (Tabela 6), demonstraram que o conjunto de crianças com peso normal e baixo peso diferiu significativamente do grupo de crianças com obesidade relativamente à “Resposta à comida”, “Prazer em comer”, “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta”, apresentando valores inferiores. Esse mesmo grupo evidenciou também diferenças significativas em relação ao grupo de excesso de peso na subescala de “Resposta à saciedade”. Quanto às diferenças entre o grupo de excesso de peso e obesidade, verificaram-se significativas somente na “Resposta à comida”.

**Tabela 6** - Comparações *post-hoc* entre os grupos normal e baixo peso, excesso de peso e obesidade.

	Normal e baixo peso vs Excesso de peso	Normal e baixo peso vs Obesidade	Excesso de peso vs Obesidade
--	--	----------------------------------	------------------------------

Subescalas CEBQ				
Aproximação à comida	Resposta à comida	n.s.	***	***
	Prazer em comer	n.s.	***	n.s.
	Sobre-ingestão emocional	n.s.	n.s.	n.s.
Evitamento da comida	Resposta à saciedade	***	***	n.s.
	Ingestão lenta	n.s.	***	n.s.
	Selectividade	n.s.	n.s.	n.s.
	Sub-ingestão emocional	n.s.	n.s.	n.s.
	Desejo de beber	n.s.	n.s.	n.s.

n.s. (p >.001); \*\*\*p <.001.

#### 4. Despiste de possíveis casos de PCA nas mães e sua relação com o seu IMC

Foram calculadas a média, o desvio padrão e a moda obtida no total da pontuação do SCOFF. A média da pontuação total obtida foi de 0,58 (DP = 0,96), a pontuação mínima obtida foi 0 e a máxima 4. A moda obtida foi 0 (pontuação dentro da normalidade). Do total da amostra de mães que responderam a todas as questões (N = 343), 287 (83,7%) obtiveram pontuações que se encontram dentro da normalidade, e 56 (16,3%) obtiveram pontuações que indicam a possível presença de uma PCA (pontuação ≥2).

No sentido de verificar a distribuição dos casos de mães em risco de PCA por categorias de peso foi realizada uma análise de frequências, cujos valores constam na Tabela 7. Verificou-se que 59,8% das mães “Sem risco de PCA” apresentaram peso normal. Esta percentagem de peso normal foi menor nas mães “Em risco de PCA” (41,8%); neste grupo (em risco) 30,9% das participantes tinha excesso de peso e 27,3% obesidade. Saliente-se ainda que nenhuma das mães que se encontrou em risco de desenvolver uma PCA se situou na categoria de baixo peso, afastando a hipótese da presença de possíveis casos de AN.

**Tabela 7** – Distribuição dos casos de mães “Sem risco de PCA” e “Em risco de PCA” pelas diferentes categorias de peso.

IMC das mães				
	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso	Obesidade
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Sem risco de PCA</b>	4 (2,3)	168 (59,8)	81(29,2)	24 (8,7)
<b>Em risco de PCA</b>	0 (0)	23 (41,8)	17 (30,9)	15 (27,3)
<b>Total</b>	4 (1,2)	191 (57,5)	98 (29,5)	39 (11,7)

Por fim, analisou-se se o IMC médio dos dois grupos diferia significativamente entre si. Verificou-se que o IMC médio do grupo em risco de PCA (M = 27,09; DP = 4,55) foi estatisticamente superior ao grupo sem risco de PCA (M = 24,42; DP = 3,64) [t(68,4)=-4,11, p<.001].



## **Capítulo IV – Discussão**

A presente secção destina-se à reflexão acerca dos resultados obtidos, utilizando como matriz as concepções teóricas existentes no âmbito das variáveis em análise e a investigação existente. Antes de se iniciar a discussão relembra-se que o objectivo geral de investigação é estudar a relação entre o IMC de pais e filhos.

A discussão encontra-se dividida por etapas. Numa primeira fase apuram-se os resultados acerca das relações entre IMC de pais e filhos. Seguidamente discutem-se os resultados obtidos em cada uma das escalas, bem como as suas relações com o IMC. Por fim, é realizada uma integração dos principais resultados obtidos.

### **1. Análise descritiva e comparativa do IMC das crianças e dos pais**

A prevalência de obesidade e excesso de peso da amostra seguiu os valores alarmantes já verificados em estudos anteriores na população portuguesa. Nas crianças da amostra, a prevalência conjunta de excesso de peso e obesidade foi de 30,7%, muito semelhante aos valores encontrados por Vale et al. (2011), que verificaram uma prevalência de 33,1% em crianças de idade pré-escolar. Os valores encontrados no presente estudo foram também idênticos aos dados de prevalência encontrados por Carmo et al. (2006), que encontraram uma prevalência de 31,5% e Padez et al. (2004), que constatarem a presença de 31,6% de crianças obesas e com excesso de peso na sua amostra de crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos.

Relativamente aos progenitores, as prevalências de excesso de peso e obesidade verificam-se ainda mais alarmantes, 58,1% dos pais revelaram ter excesso de peso ou obesidade e 42,7% das mães encontraram-se na mesma situação. Mais uma vez, os dados obtidos no presente estudo estão em concordância com os resultados de Carmo et al. (2006), que ao estudarem a prevalência de obesidade e excesso de peso na população adulta portuguesa, constatarem que mais de metade da amostra possuía excesso de peso ou obesidade (52,4%). Estes dados confirmam ainda a propensão referida por alguns estudos de que o excesso de gordura corporal tende a agravar-se com a idade, uma vez que os pais revelaram índices mais elevados de excesso de peso e obesidade que as crianças (Balaban & Silva, 2004). Neste âmbito, importa salientar que o IMC dos pais poderá ser substancialmente superior ao descrito, dado que em situações de auto-relato existe uma tendência para diminuir o valor do peso e aumentar a altura, implicando um

IMC inferior ao real (Powers et al., 2006). Como tal, os valores de prevalência de obesidade da amostra poderão ainda ser superiores aos obtidos.

No que diz respeito ao cruzamento entre IMC de pais e filhos, e começando pelas mães, verificou-se que as crianças obesas tenderam a ser filhas de mães com excesso de peso. Quanto às crianças com baixo peso, peso normal e excesso de peso, tenderam a ter mães com peso normal. Relativamente aos pais, as crianças obesas obtiveram uma maior prevalência de pais com excesso de peso. Por outro lado, nas crianças com baixo peso, peso normal e excesso de peso não se verificou uma tendência muito marcada, obtendo valores muito semelhantes de pais com excesso de peso e peso normal. Contudo, importa referir que nas crianças com baixo peso não se verificou a existência de qualquer pai com obesidade. Perante estes dados constatou-se que na presente amostra existe uma concordância entre progenitores e crianças relativamente ao seu IMC. Esta constatação foi ainda mais relevante nos grupos de crianças obesas que revelaram uma tendência para ter progenitores com excesso de peso, bem como os valores mais elevados de pais e mães com obesidade das quatro categorias de peso. Salienta-se que este tipo de ilações já foram retiradas em estudos anteriores. Também no seu estudo, Cutting et al. (1999), verificaram que existiu uma forte tendência para que mães com excesso de peso tivessem crianças também com excesso de peso, constatando a existência de um padrão familiar. No presente estudo acrescenta-se ainda a hipótese do agravamento deste tipo de tendência ao longo das gerações, uma vez que, na presente amostra, os filhos se encontraram numa categoria de peso superior à dos pais, obesidade e excesso de peso respectivamente.

Os dados do presente estudo reflectem a forte influência parental nas trajetórias de peso das crianças. Contudo, o presente estudo não permite identificar as causas deste fenómeno. É possível que a estreita relação entre progenitores com excesso de peso e filhos com obesidade possa ocorrer devido à acção conjunta de dois factores: a transmissão genética e a partilha do mesmo ambiente. Torna-se difícil especificar qual dos factores exerce maior influência, uma vez que pais e filhos partilham não só o mesmo património genético como também o mesmo espaço e vivências, fazendo parte da mesma cultura e sociedade. Muito provavelmente o peso corporal é fruto das interacções entre predisposições genéticas e condicionamentos ambientais. Neste âmbito, a modelagem e as práticas parentais assumem grande relevância, uma vez que uma das principais formas de aprendizagem se processa através da observação de modelos e que a educação assume um papel preponderante nas atitudes, crenças, valores

e escolhas que fazemos ao longo da vida, nomeadamente na esfera alimentar. Deste modo, destaca-se a necessidade da adopção de uma perspectiva mais abrangente nas intervenções preventivas no âmbito da obesidade infantil. Estas devem não só ter como principal foco a alimentação das crianças, como também, a alimentação dos pais, visando a mudança de hábitos, crenças e atitudes relativas à alimentação. É intervindo na origem da questão que se consegue promover a mudança, uma vez que na origem das trajectórias de peso das crianças estão os seus progenitores, estes devem também ser uma das premissas fundamentais das estratégias interventivas.

## **2. Relação entre as diferentes escalas do CEBQ**

Na análise do CEBQ verifica-se que existe uma tendência para as subescalas de aproximação à comida se intercorrelacionarem positivamente e correlacionarem-se negativamente com as subescalas de evitamento. Também entre as subescalas de evitamento foi encontrada uma intercorrelação positiva. O mesmo tipo de tendência, embora com valores de  $r$  diferentes, foi encontrado por Wardle, Guthrie, Sanderson e Rapoport (2001) aquando da formulação e validação inicial da escala.

Os resultados auferidos são teoricamente congruentes e indicam que as crianças que tendem a mostrar maior interesse e sensibilidade pelos aspectos relacionados com a comida, tendem a ser menos selectivas e a comer mais rapidamente, especialmente no que diz respeito ao prazer que obtêm dos alimentos. Segundo os resultados, uma criança que sinta prazer na alimentação é pouco selectiva em relação aos alimentos e possui baixa sensibilidade para os sinais de saciedade. As correlações positivas elevadas, indicam que uma criança que responda facilmente às pistas ambientais da comida, tem tendência a obter maior prazer das refeições e a ingerir maiores quantidades de alimentos em situações de stress. Por outro lado, uma criança com grande sensibilidade para os sinais da saciedade tende a ser mais selectiva nas escolhas alimentares, bem como a ingerir os alimentos mais lentamente.

Genericamente, estes resultados revelaram que crianças que demonstram interesse pela comida possuem um padrão de ingestão e especificidades no modo como se comportam na esfera alimentar, muito diferentes das crianças que revelam pouco interesse pela comida. De modo a compreender melhor o impacto destes padrões, analisou-se se o IMC das crianças variou em função do seu comportamento alimentar.



### **3. Efeito do peso das crianças na variação do CEBQ**

Relativamente aos resultados da análise de variância efectuada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de IMC nas crianças no que respeita à “Resposta à comida”, “Prazer em comer”, “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta”. Relativamente à subescala “Resposta à comida” verificou-se que as crianças obesas da amostra obtiveram uma média significativamente mais elevada na subescala que traduz uma elevada sensibilidade à influência dos atributos externos dos alimentos, ou de factores sociais relacionados com a esfera alimentar, no apetite e ingestão, comparativamente com as crianças com peso normal e excesso de peso. Quanto à subescala “Prazer em comer”, constatou-se a presença de diferenças significativas somente entre o grupo de crianças obesas e o grupo de crianças com peso normal. Estes resultados indicam que as crianças obesas da amostra retiram maior prazer das refeições do que as crianças com peso normal.

Por outro lado, no que concerne à subescala de “Resposta à saciedade”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de peso normal e baixo peso e os restantes dois grupos. Neste âmbito, quando comparadas com as crianças com excesso de peso e obesidade, as crianças com peso normal e baixo peso revelaram uma maior capacidade para compreender os sinais corporais que indicam que o consumo alimentar é suficiente para as necessidades energéticas e, consequentemente, uma maior habilidade para regular o apetite. Quanto à subescala “Ingestão lenta” apenas o grupo de peso normal e baixo se distinguiram em relação ao grupo de crianças obesas; as crianças com um peso normal ou baixo revelaram um padrão de ingestão mais lento e menor interesse pela comida.

Os resultados acima descritos permitem auferir a existência de um estilo alimentar característico das crianças obesas. Deste modo, verificou-se que as crianças obesas possuem um elevado interesse pela comida, que se caracteriza, essencialmente, por uma elevada sensibilidade aos atributos externos dos alimentos, como o odor e aparência, bem como um elevado prazer retirado das refeições, que as leva ter uma vontade aumentada de ingerir alimentos, mesmo em ausência de fome. Os dados obtidos permitem também constatar que este grupo de crianças possui um padrão de ingestão mais rápido que as crianças dos restantes grupos, que se associa à falta de sensibilidade para as pistas da saciedade, levando-as a comer para além das

necessidades nutricionais e energéticas do seu corpo, e conduzindo a um subsequente aumento de peso.

Importa referir que os resultados encontrados no presente estudo vão na mesma linha dos dados obtidos em investigações realizadas no nosso país que englobam crianças mais velhas. Recorde-se que o estudo desenvolvido por Viana e Sinde (2008) com crianças portuguesas entre os 3 e os 13 anos, observou igualmente diferenças significativas no estilo alimentar das crianças em função do seu IMC, constatando que as crianças obesas apresentavam valores mais elevados nas subescalas de aproximação à comida, bem como valores inferiores nas subescalas de evitamento da comida, comparativamente com as crianças de peso normal e excesso de peso. Interessa também referir uma investigação conduzida por Viana, Sinde e Saxton (2008), também em crianças portuguesas entre os 3 e os 13 anos de idade, onde os autores, embora recorrendo a uma análise diferente da desenvolvida no presente estudo, verificaram que existe uma forte associação entre o IMC das crianças e as diferentes subescalas do CEBQ. Concluindo que as subescalas de aproximação à comida se encontram positivamente relacionadas com o IMC, enquanto nas subescalas de evitamento se verifica uma relação inversa com o IMC.

Tendo em conta os resultados dos estudos referidos, a análise dos resultados do presente estudo vem acrescentar que o padrão alimentar de excesso de peso parece desenvolver-se em idades precoces, uma vez que a presente amostra é maioritariamente constituída por crianças em idade pré-escolar, reportando assim os resultados para idades inferiores, dado que estudos anteriores englobaram crianças de faixas etárias mais diversificadas, incluindo pré-adolescentes.

Os dados supra referidos assumem especial relevância para o desenvolvimento de intervenções em idades precoces na área da obesidade, uma vez que explicitam as principais características do estilo alimentar de crianças obesas. O levantamento do padrão alimentar típico da obesidade permite que futuras intervenções incidam sobre os principais erros e problemas alimentares desta população, e sejam mais efectivas e eficazes, promovendo a alteração de padrões alimentares e consequente diminuição do peso, desde cedo.

#### **4. Despiste de possíveis casos de PCA nas mães e sua relação com o seu IMC**

De acordo com a análise descritiva realizada com as pontuações totais do SCOFF de modo a verificar a prevalência de casos em risco de PCA na amostra, a maioria das mães (83,7%,  $n = 287$ ) obteve valores inferiores a 2 no total das 5 questões. O que sugere que a maioria da amostra não se encontra em risco de ter uma PCA. Contudo, a prevalência de casos em risco encontrada (16,3%,  $n = 56$ ) deve ser levada em conta, na medida em que pode reflectir uma relação pessoal com a alimentação pouco saudável. Este aspecto assume maior relevância quando se considera que o desenvolvimento de uma relação insatisfatória com o corpo e a comida poderá ter reflexos na gestão alimentar dos filhos. Atendendo a que, por um lado, as mães tendem a ter um papel central na estruturação da alimentação dos filhos nos primeiros anos de vida e, por outro lado, que a dieta e crenças das mães relativamente à alimentação e ao controlo de peso podem interferir no modo como medeiam as suas interacções com os filhos durante as refeições, é possível que as repercussões de uma PCA materna na saúde da criança sejam consideráveis, podendo originar efeitos adversos desde uma idade precoce (Cutting et al., 1999). Esta tendência para se perpetuarem e “transmitirem” os problemas alimentares foi comprovada por Whelan e Cooper (2000) que verificaram uma forte associação entre os problemas de alimentação das crianças e a presença de PCA nas mães. Mais uma vez, os dados sugerem uma forte influência parental sobre a alimentação das crianças.

Para além da análise das medidas de tendência central já descrita, foi também desenvolvida uma análise da distribuição dos casos “Sem risco de PCA” e “Em risco de PCA” pelos diferentes grupos de IMC das mães. Os resultados indicaram que a maioria de casos que se encontravam em risco de desenvolver uma PCA se situavam na categoria de peso normal, não se verificando nenhum caso de risco com baixo peso. Estes dados afastam a possibilidade de alguns casos poderem estar em risco de ter uma AN, dado que este tipo de patologia é caracterizado por um IMC abaixo do normal. Como tal, os resultados sugerem que os casos de risco detectados se poderão reportar a possíveis quadros de BN ou EDNOS, inclusivamente BED, na medida em que se verificou entre estes 58,2% de mães com excesso de peso e obesidade, bem como níveis médios superiores de IMC, que é congruente com estes diagnósticos. Sabe-se que a presença de episódios de ingestão compulsiva é prevalente em pessoas com obesidade (Siqueira, Appolinario, & Sichieri, 2004) e é uma característica dominante na BN. A insatisfação com a imagem corporal e a dificuldade em regular estados emocionais

negativos encontram-se frequentemente na base da perda de controlo alimentar (McManus & Waller, 1995).

Procurando integrar os vários resultados deste estudo é possível concluir que, na presente amostra, existe uma associação relevante entre o IMC de pais e filhos. A alta prevalência de obesidade tanto nos pais como nas crianças aponta para um padrão alimentar desadequado, em que a energia ingerida é superior à gasta, culminando no aumento de peso. A hipótese de os progenitores da amostra adoptarem um estilo alimentar pouco saudável é reforçada pelos dados obtidos no SCOFF. A prevalência de casos em risco de PCA nas mães foi de 16,3% e, encontrou-se associada ao excesso de peso, o que leva a crer que as mães com excesso de peso e obesidade adoptam comportamentos alimentares desajustados. Uma vez que se verificou uma prevalência elevada de mães com excesso de peso com filhos obesos, indaga-se que tais comportamentos alimentares pouco saudáveis sejam transmitidos aos filhos. A adopção de estratégias alimentares desadequadas por parte das mães, pode também estar relacionada com estratégias parentais pouco eficazes relativamente à alimentação dos filhos. O facto de também existir concordância entre o excesso de peso de pais e filhos, reforça a ideia da existência de um ambiente familiar promotor de peso em excesso. Contudo importa referir que as predisposições genéticas também podem assumir um papel importante nesta transmissão inter-geracional do peso.

## **Conclusão**

## Conclusão

O presente estudo permitiu aprofundar a área do comportamento alimentar infantil, nomeadamente a sua relação com o IMC, e particularmente as relações entre a alimentação de pais e filhos. Os resultados acrescentaram informação sobre a prevalência de obesidade e excesso de peso na amostra, bem como as relações entre o IMC das crianças e respectivos pais. Constatou-se uma concordância entre classes de IMC, verificando-se que crianças obesas tendem a ter pais com excesso de peso. Foi também possível levantar informação sobre o risco de PCA nas mães, verificando-se uma relação positiva com o IMC.

Uma das principais conclusões deste estudo é a verificação da tendência, igualmente observada em estudos anteriores realizados na população portuguesa, mas com idades mais avançadas, para os valores de prevalência de excesso de peso e obesidade se expressarem precocemente e se manterem elevados ao longo do tempo. Dado que a prevalência da obesidade em adultos no nosso país atinge ainda níveis superiores aos das crianças, coloca-se a hipótese do excesso de peso que se manifesta na infância se poder acentuar a longo prazo.

Outra importante conclusão que deriva do principal objectivo deste estudo, é a constatação da relação entre o IMC de pais e filhos, que vem reforçar os resultados de estudos anteriores que comprovaram a forte influência do comportamento alimentar parental no padrão alimentar das crianças. Contudo, é necessária cautela nas conclusões, uma vez que o único indicador de uma possível relação entre alimentação de pais e filhos, neste estudo, é o IMC, o que dificulta a formulação de conclusões mais aprofundadas. Para que se pudesse analisar a real influência dos hábitos alimentares parentais, seria necessário avaliar, concomitantemente, o comportamento alimentar tanto dos pais como das crianças (e.g. através da monitorização alimentar), bem como o papel que a alimentação desempenha no domínio relacional (e.g. como é o ambiente durante as refeições?) e educativo (e.g. a comida é utilizada sistematicamente como reforço ou punição comportamental?).

Embora a família seja um importante determinante na formação dos hábitos alimentares, não se pode deixar de mencionar outros factores que não foram abordados neste estudo, como a escola, a rede social da família, as condições socioeconómicas e culturais, a escolaridade dos pais, que são potencialmente modificáveis e influenciam no processo de construção dos hábitos alimentares da criança e, consequentemente, do

indivíduo adulto. Em estudos posteriores, seria importante avaliar a influência destas variáveis e averiguar em que medida interferem nas práticas parentais.

Os resultados obtidos permitiram também investigar alguns dos comportamentos que se encontram associados à obesidade infantil, através da análise dos resultados obtidos no CEBQ. Neste âmbito, verificou-se que de facto existem características significativamente diferentes no padrão alimentar de crianças com IMC diferentes.

Com a aplicação e análise dos resultados do SCOFF, verificou-se uma relação entre PCA e excesso de peso, bem como uma prevalência considerável de casos em risco de PCA na amostra (16,3%). Contudo, importa lembrar que o questionário não se encontra validado na população portuguesa, como tal, o ponto de corte de 2 respostas afirmativas pode não ser o mais preciso. Estas dúvidas só poderão ser esclarecidas quando se encontrar concluída a sua validação.

O presente estudo consistiu um contributo para a investigação do comportamento alimentar infantil na população portuguesa, com principal destaque para a influência parental em idades precoces. Estudos futuros implementados com crianças em idade pré-escolar serão desejáveis para que se possa intervir preventivamente e eficazmente no âmbito alimentar.

Com a constatação da forte influência parental nos hábitos alimentares infantis, urge a adopção de intervenções centradas na família, de modo a consciencializar os pais sobre as implicações da alimentação, tornando-os mais responsáveis e informados e levando-os a utilizar estratégias educativas mais adequadas e eficazes. Esta orientação educacional deve ter como objectivos a transmissão de informação nutricional e a mudança de crenças relativas à alimentação.





## Referências

American Psychiatric Association. (2000/2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM – IV – TR*. Lisboa: Climepsi Editores.

Arredondo, E., Elder, J., Ayala, G., Campbell, N., Baquero, B., & Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research: Theory & Practice*, 21 (6), 862–871.

Balaban, G., & Silva, G. (2004). Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *Jornal de Pediatria*, 80 (1), 7-16.

Birch, L. L. (1999). Development of Food Preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.

Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549.

Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(2), 121-133.

Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research: Theory & Practice*, 19 (3), 261-271

Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R., & Walsh, B. (2010). Feeding and Eating Disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111.

Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia Nervosa and Parental Bonding: The Contribution of Parent–Grandparent Relationships to Eating Disorder Psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703—716.

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity reviews*, 7, 233-237.

Carnell S, & Wardle J. (2008). Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 22-29.

Clark, H. R., Goyder, P., Bissell, P., Blank, L., & Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health*, 29 (2), 132-141.

Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-3.

Cole, T., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335(7612), 194.

Costanzo, P., Musante, G., Friedman, K., Kern, L., & Tomlinson, K. (1998). The Gender Specificity of Emotional, Situational, and Behavioral Indicators of Binge Eating in a Diet-Seeking Obese Population. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 205-210.

Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. L. (1999). Like mother, like daughter: Familial patterns of overweight are mediated by mother's dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 608-613.

Davies, W. H., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A.F., Silverman, A.H., Fischer, E. A., Arvedson, J. C., & Rudolph, C. D. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20, 409–417.

Direcção Geral de Saúde (2005). Lisboa.

Epstein, L. H., Gordi, C.C., Raynor, H. O., Beddome, M., Kilanowski C. K., & Paluch, R. (2001). Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obesity Research*, 9(3), 171-8.

Flegal, K., Tabak, C., & Ogden, C. (2006). Overweight in children: definitions and interpretation. *Health Education Research: Theory & Practice*, 21(6), 755-760.

Freitas, S., Lopes, C., Coutinho, W., & Appolinario, J. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 215-220.

Garcia-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 51-55.

Hamilton, J., McIlveen, H., & Strugnell, C. (2000). Educating young consumers – a food choice model. *Journal of Consumer Studies & Home Economics*, 24, 113–123.

- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A. H., Kappler, C., & Vogeles, C. (2009). Family Structure, Body Mass Index, and Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 332-338.
- Hill, L., Reid, F., Morgan, J., Lacey, J. (2010). SCOFF, the Development of an Eating Disorder Screening Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 344-351.
- Hoek, H., van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Jahnke, D. L., & Warschburger, P. A. (2008). Familial Transmission of Eating Behaviors in Preschool-aged Children. *Obesity*, 16, 1821-1825.
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400.
- Júnior, A. (2003). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Lindberg, L., Bohlin, G., Hagekull, B., Palmerus, K. (1996). Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal*, 17, 334-347.
- Linscheid, T. R., Budd, K. S., & Rasnake, L.K. Pediatric feeding disorders. In: Roberts, M. C., (1995). *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press, 501-515.
- Lobstein, T. & Baur, L. (2005). Policies to prevent childhood obesity in the European Union. *European Journal of Public Health*, 15(6), 576-579.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 8, 845- 863.
- Mello, E., Luft, V., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182.
- Morgan, J., Reid, F., & Lacey, J. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.
- Morgana, C., Vecchiattia, I., & Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24, 18-23.
- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J., Morgan, J. (2008). The SCOFF-c: Psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 81-86.

- National Institute of Health (2008). *Binge Eating Disorder*.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7–9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970–2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670–678.
- Powers, S., Chamberlin, L., Van Schaick, K., Sherman, S., & Whitaker, R. (2006). Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. *Obesity*, 14, 2026-2033.
- Ramos, M., & Stein, L. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76, 229-237.
- Rossi, A., Moreira, E., & Rauen, M. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1998). *Doenças do Comportamento Alimentar – Manual para o Clínico Geral*, Porto: BIAL.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 189-208.
- Siqueira, K., Appolinario, J., & Sichieri, R. (2004). Overweight, Obesity, and Binge Eating in a Non-clinical Sample of Five Brazilian Cities. *Obesity Research*, 12, 1921-1924.
- Skinner, J., Carruth, B., Moran, J., Houch, K., Schmidhammer, J., Reed, A., ...Ott, D. (1998). Toddler's food preferences: concordance with family member's preferences. *Journal of Nutrition Education*, 30(1), 17-22.
- Sleddens, E., Kremers, S., & Thijs, C. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 49.
- Stunkard, A. J., Foch, T. T., Hrubec, Z. (1986). A twin study of human obesity. *Journal of the American Medical Association*, 256(1), 51-54.
- Vale, S., Santos, R., Soares-Miranda, L., Rêgo, C., Moreira, P., & Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese preschoolers. *Archives for Exercise in Health Disease*, 2 (1), 65-68.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 611-624.

Viana, V. & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 111-120.

Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100, 445-450.

Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *Obesity Review*, 8(1), 73-5.

Wardle, J., & Carnell, S. (2007). Parental feeding practices and children's weight. *Acta Paediatrica*, 96(454), 5-11.

Wardle, J., & Cooke, L. (2008). Genetic and environmental determinants of children's food preferences. *British Journal of Nutrition*, 99(S1), S15-S21.

Wardle, J., Guthrie, C., Sanderson, S., Birch, L., & Plomin, R. (2001). Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *International Journal of Obesity*, 25, 971-977.

Wardle, J., Guthrie, C., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 963-970.

Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Van Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. (2009). Eating behaviour and weight in children. *International Journal of Obesity*, 33, 21-28.

Whelan, E., & Cooper, P. J. (2000). The association between child feeding problems and maternal eating disorders: A community study. *Psychological Medicine*, 30, 69-77.

Wright, C., Emmett, P., & Ness, A. (2010). Tracking of obesity and body fatness through mid-childhood. *Archives of Disease in Childhood*, 95, 612-617.

World Health Organization. (1995). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series n° 854. Geneva, Switzerland:WHO.

Yang, W., Kelly, T., & He, J. (2007). Genetic Epidemiology of Obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29, 49-61.